

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC
DU
CANCER DE L'INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES RUBENTHALER

Né le 15 Février 1872, à Saint-André-les-Alpes (Basses-Alpes)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1895

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC

DU

CANCER DE L'INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES RUBENTHALER

Né le 15 Février 1872, à Saint-André-les-Alpes (Basses-Alpes)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOTEN.
LÉPINE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{ BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Therapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER
Médecine légale.	POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	GROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM DIDELOT.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. ROUX.
CONDAMIN	GANGOLPHE.	ROCHET.	WEILL.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	BARRAL et MOREAU
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargés des fonctions d'agrégé
DEVIC	PERRET.	ROQUE.	

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BONDET, Président; M. MAYET (A.), Assesseur; MM. ROQUE et COURMONT Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A M. BARTHAUD, Pharmacien à Arbois.

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR BONDET

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

A l'exemple de nombreux devanciers, nous comprenons sous le titre de « Cancer de l'intestin » toutes les néoplasies malignes dont cet organe peut être le siège. C'est leur ensemble, sans viser plus spécialement aucun type anatomo-pathologique particulier, que nous nous proposons d'étudier ici, au seul point de vue du diagnostic, et cela, depuis le duodénum jusqu'au rectum à l'origine duquel nous limiterons ce modeste travail qui, certes, ne saurait viser à reprendre les abondantes études parues jusqu'à ce jour sur le cancer du rectum. Cette affection constitue, en effet, aujourd'hui, un des chapitres les mieux élucidés de la pathologie, alors qu'on peut dire aisément le contraire du cancer de l'intestin, dont l'histoire est encore bien embrouillée.

Ce n'est pas, tant s'en faut, que nous ayons la préten-

tion de la tirer définitivement au clair ; nous avons simplement éprouvé le besoin de préciser dans notre esprit, à vrai dire un peu désorienté par la lecture des classiques, les grands traits de cette lésion organique, de manière à en faire la base d'une méthode applicable en clinique qui rende le diagnostic possible sans trop de chances d'erreur.

Il nous a été donné, au cours de ce travail, de nous apercevoir que nous avions déjà beaucoup entrepris ; aussi n'est-ce pas un résultat que nous venons y consigner ; que nos juges veuillent bien ne voir dans notre thèse inaugurale que le modeste produit de nos efforts et de notes recueillies çà et là, dans les rares loisirs de nos études médicales.

Nous diviserons notre sujet en deux parties : dans la première, nous réunirons les éléments du diagnostic ; les empruntant non seulement à la séméiologie propre du cancer de l'intestin, mais encore à la séméiologie générale du cancer, aux notions actuelles sur l'étiologie de cette affection, aux renseignements fournis par divers modes de traitement ; c'est-à-dire que nous retracerons sommairement, et en vue de faire ressortir de notre mieux les notions indispensables au diagnostic, la monographie du cancer de l'intestin.

Dans cette première partie, nous nous efforcerons aussi, par une critique sévère de chacune de ces données, de

réduire à leur valeur diagnostique réelle certaines d'entre elles qui passent pour « signes pathognomoniques ».

Dans la deuxième partie nous aurons à faire l'application des notions ainsi réunies au diagnostic différentiel du cancer de l'intestin d'avec les nombreuses affections qui peuvent à des degrés divers le simuler.

Pour la clarté, nous établirons une distinction essentielle entre les cas où le cancer de l'intestin poursuit régulièrement son évolution jusqu'à la phase ultime de cachexie et ceux où, au contraire, il produit plus ou moins prématurément des accidents d'occlusion intestinale. Il y aura donc lieu de consacrer une étude distincte à chacune de ces deux modalités du cancer de l'intestin, si différentes tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue du diagnostic différentiel.

Cela posé, dans chacune de ces catégories de faits, nous suivrons pour ordre général la complexité croissante des divers cas susceptibles de se rencontrer en clinique, de façon à toujours procéder ici, autant que possible, du simple au composé.

Nous avons à cœur de ne pas aborder notre sujet sans exprimer tout d'abord notre vive reconnaissance à M. le professeur Bondet pour les conseils éclairés qu'il nous a donnés avec la plus grande bienveillance au sujet de notre thèse inaugurale. Nous ressentons profondément tout l'honneur qu'il nous fait en venant la présider ; mais,

pour si bons que puissent rester dans l'avenir les souvenirs attachés au dernier acte de notre scolarité, ils le céderont encore à ceux de notre stage redoublé dans son service de clinique médicale, où il nous a été donné, durant deux années, de recueillir l'enseignement éclairé du Maître et les brillantes leçons de M. le professeur agrégé Roque.

Nous remercions aussi bien vivement M. le professeur agrégé Courmont qui a bien voulu nous fournir quelques indications orales très intéressantes sur les effets de la sérothérapie anti cancéreuse dans le traitement de sujets porteurs d'épithélioma intestinal.

A la Faculté comme à l'Hôtel-Dieu, M. le professeur agrégé Devic nous a toujours fait l'accueil le plus sympathique ; qu'il veuille donc bien recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous unissons dans un même sentiment de vive reconnaissance ceux d'entre nos maîtres de l'Ecole du service de santé militaire qui se sont montrés bienveillants à notre égard et ont porté de l'intérêt à nos études : nous avons nommé, entre tous, MM. les médecins-majors Sieur, Ferrier et Simonin.

A notre entrée à l'Ecole, M. le Secrétaire de la Faculté de médecine Etiévant a bien voulu accepter d'être notre correspondant et nous a ainsi témoigné une marque d'estime dont nous sommes fier. Nous n'avons qu'à nous louer d'avoir suivi les sages conseils qu'il nous a donnés

dès le début de notre séjour à Lyon. C'est à ce double titre que nous lui adressons ce bien faible témoignage de notre gratitude.

Au jour de notre thèse inaugurale, nous éprouvons une douce émotion à nous rappeler le Collège d'Arbois, où, souvenir ineffaçable entre tous, nous avons été couronné des mains de M. Pasteur lui-même, qui de ce collège fut l'Élève et restera la gloire.

C'est maintenant une dette de cœur dont nous avons à nous acquitter envers M. Barthaud, pharmacien à Arbois. C'est lui qui, en nous déterminant à entreprendre les études médicales, nous a tracé le chemin à parcourir pour devenir un jour un homme utile à la Société.

M. le Dr Robert, à Arbois, s'est montré pour nous un véritable ami. Nous lui sommes redevable de l'idée première de ce travail, qu'il ne nous a pas été donné de parfaire à notre gré.

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC
DU
CANCER DE L'INTESTIN

PREMIÈRE PARTIE

MONOGRAPHIE SOMMAIRE DU CANCER DE L'INTESTIN

Etiologie du Cancer de l'intestin.

Elle est en réalité peu connue, mais comme elle prête à des considérations suggestives pour le diagnostic, nous en dirons simplement quelques mots.

Nous distinguerons : les causes prédisposantes,
la cause efficiente.

Causes prédisposantes. — C'est d'abord l'aptitude héréditaire au cancer ou diathèse cancéreuse. Cette aptitude héréditaire, comme le montre l'observation clinique, peut être déterminée non seulement par un ancêtre cancéreux, mais par un ancêtre entaché de l'une quelconque des nombreuses formes de l'arthritisme (goutteux ou diabétique, par exemple), en d'autres termes, la distinction de

l'hérédité en hérédité similaire et hérédité dissimilaire est ici parfaitement bien applicable.

La diathèse est une cause prédisposante au cancer, mais elle est lointaine ; quelle force la réveille, la fait entrer en jeu ? C'est au plus haut point l'âge, le grand modificateur de la vitalité organique et de la résistance en quelque sorte spécifique des tissus ; mais c'est aussi toute affection aiguë asthénisante susceptible d'ébranler profondément l'équilibre des fonctions : ainsi la grippe est par excellence le boute-selle des diathèses (thèse soutenue par notre camarade le D^r Pla, élève de l'Ecole du service de sante militaire).

Enfin, il paraît exister des conditions locales, propres à chaque viscère et même à chaque portion de viscère, qui appellent la localisation néoplasique. Dans cet ordre d'idées nous citerons le fait devenu classique rapporté par Waldeyer dans lequel un cancer de l'intestin se développa en un point que venait sans cesse battre et tourmenter le pédicule perdu d'un kyste de l'ovaire. En ce qui concerne le cancer de l'intestin, un fait nous a comme beaucoup d'autres vivement intéressé, c'est la prédilection de cette affection pour les parties fixes et sinueuses du tube intestinal, les mêmes où l'on observe aussi de préférence la coprostase ou les tumeurs stercorales. Ce fait est trop général, ce nous semble, pour n'être qu'un effet du hasard, mais il acquiert encore plus de valeur si nous ajoutons que le cancer et la rétention stercorale augmentent parallèlement de fréquence au fur et à mesure qu'on se rapproche davantage de l'extrémité inférieure du tube digestif.

Quoi qu'il en soit des causes qui préparent, font éclore et

localisent la lésion organique, elles ne sauraient à elles seules la créer, et il nous reste à chercher la cause efficiente sur la nature de laquelle personne jusqu'ici n'a pu donner d'absolue démonstration. Cependant, entre tant de théories déjà émises sur la signification du cancer, nous rangeons à celle d'entre elles qui, sans rien emprunter au raisonnement pur, se base uniquement sur des faits d'observation. C'est pourquoi, jusqu'à preuve du contraire, nous admettons la nature infectieuse du cancer qui paraît se dégager si nettement des cas recueillis par Michaux, Guelliot ⁴, Fiessinger, Rebulet et surtout de la remarquable thèse de H. Fabre (Lyon, 1892).

Mais nous, dira-t-on, quel parti pensez-vous tirer de ces notions pour le diagnostic ? C'est, répondrons-nous, qu'en présence d'une lésion viscérale de nature incertaine, il ne sera pas indifférent de savoir si l'on a affaire à un prédisposé d'ordre quelconque par diathèse ou affection

⁴ Guelliot, VIII^e congrès français de chirurgie (*Bull. méd.*, 14 octobre 1894). De l'analyse d'une quarantaine de cas de cancer, l'auteur conclut ainsi :

Les affections cancéreuses sont régulièrement réparties dans les régions voisines ; ni l'hérédité, ni la consanguinité ne suffisent à expliquer ces taches cancéreuses.

Il existe de véritables maisons à cancer dont les habitants sont successivement ou simultanément atteints de tumeurs malignes.

Les observations de cancer frappant deux conjoints ou deux personnes en continuelle cohabitation sont relativement fréquentes.

Sur une centaine d'observations de ces cancers à deux (publiées ou inédites) 85 fois il s'agit de cancers conjugaux ; 8 fois le cancer est apparu chez des médecins soignant spécialement des cancéreux. Toutes ces observations imposent l'idée de transmission directe ou indirecte du cancer qui évolue comme une maladie infectieuse.

locale préexistante; même, si l'on a la bonne chance de tomber sur ces « véritables maisons à cancer » dont parlent Michaux et Fiessinger avec tant de conviction ou sur ces « *cancers conjugaux* » signalés encore par Michaux, ne sera-t-on pas alors en présence d'un élément, sinon capital, au moins très utile pour fixer le diagnostic?

Statistique et anatomie pathologique.

Le cancer de l'intestin affecte des localisations bien déterminées : rien n'est plus apte à le démontrer que l'examen des statistiques fournies par les divers auteurs et dont les résultats, à en juger par le tableau ci-dessous, sont à ce point de vue parfaitement concordants :

PARTIES DE L'INTESTIN	AUTEURS			
	Lebert	A. Fleur	Hausmann	Trèves
Duodénum	2	4	4	10
Jéjunum.	2	4	21	
Iléon.				
Valvule.	»	»	»	5
Cæcum	5	3	48	28
Côlon ascendant. . . .	»	2	22	
— transverse	3	1	26	
— descendant. . . .	5	1	29	
S. Iliaque.	5	6	100	
Nombre des cas :	23	21	250	43
Total pour chaque auteur				

Il n'y a donc pas de doute que le cancer de l'intestin

prédilectionne les parties naturellement rétrécies (valvule iléo-cæcale), celles qui présentent une coudure brusque (cæcum) ou une direction sinueuse (S iliaque), et qu'en général il tend à devenir de plus en plus fréquent au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'S iliaque, pour atteindre à ce niveau sa plus haute expression.

Le cancer de l'intestin est à peu près aussi fréquent chez l'homme que chez la femme. D'après Haussmann, la proportion serait de 125 homme pour 119 femmes. Le sexe est donc ici de peu d'importance; il serait peut-être plus utile au point de vue du diagnostic de savoir que le rétrécissement simple est plus commun chez la femme que chez l'homme. Sur 32 cas relevés par Trèves, il y en a, en effet, seulement 13 au compte des hommes.

Aucun âge n'est en réalité à l'abri du cancer de l'intestin : Hausmann a réuni cinq cas d'un an à cinq ans. Cependant avant vingt ans et après soixante-dix ans, cette affection est tout à fait exceptionnelle, le maximum de fréquence étant observé entre trente et soixante ans.

Au point de vue anatomo-pathologique nous nous limiterons aux données strictement nécessaires pour expliquer les faits cliniques :

Le cancer de l'intestin n'apparaît presque jamais sous forme de noyaux disséminés (5 fois sur 188 cas, Haussmann), plus fréquemment sous celle d'un noyau unique produisant, une diminution latérale très faible du calibre intestinal (13 cas, *ibidem*), mais dans l'immense majorité des cas, le néoplasme affecte une forme annulaire à développement concentrique (170 cas, *ibidem*.) Or, ces trois formes parlent par elles-mêmes, les deux premières

n'ont que des chances peu sérieuses d'aboutir à des phénomènes graves d'occlusion, alors que dans la troisième, ceux-ci, au contraire, sont la règle; et, comme cette troisième forme est de beaucoup la plus fréquente il s'ensuit que le cancer de l'intestin tue surtout par occlusion.

A l'examen histologique, les néoplasmes de l'intestin sont, par ordre de fréquence croissante, le sarcome, le carcinome avec ses trois variétés (c. encéphaloïde, c. colloïde, c. squirreux) et l'épithéliome à cellules cylindriques, type le plus commun avec le squirre.

Quant à la malignité relative de ces différentes espèces, elle serait en sens inverse de l'ordre de fréquence dans lequel elles se présentent si l'on s'en tenait à considérer seulement le type anatomo-pathologique; le sarcome, par exemple, se rencontrant rarement dans l'intestin, et étant au contraire d'une malignité extrême; mais ce qui fait la malignité dans le cancer de l'intestin, du moins si l'on entend par ce terme la rapidité avec laquelle on meurt de cette affection organique, c'est bien moins le type de tumeur en question que son aptitude à déterminer des phénomènes d'occlusion graves, le plus souvent mortels à la première atteinte. Nous savons que c'est l'épithéliome à cellules cylindriques qui aboutit le plus fréquemment à ce mode de terminaison : c'est donc le plus malin puisque souvent il tue même bien avant la période de généralisation et de cachexie.

Il se présente le plus souvent sous la forme d'un champignon cancéreux de consistance assez inégale, plus ferme dans les points où le stroma prédomine, de coloration plutôt blanchâtre au centre, plutôt rouge à la périphérie. Ces masses végètent vers la cavité de l'intestin, et, par

leur confluence, créent l'occlusion; parfois elles ont une grande tendance à se pédiculiser et à prendre ainsi l'aspect de véritables polypes qui peuvent être éliminés en totalité et se retrouver dans les selles. Les bourgeons cancéreux ont une tendance bien plus grande encore à s'ulcérer en se ramollissant d'abord par leur centre. Il en résulte que, si la convergence de ces bourgeons a fait éclater à un moment donné des accidents d'occlusion ou d'obstruction, quelle que soit la gravité des symptômes, il peut y avoir une rémission brusque, parfois étonnante, si l'ulcération et l'élimination de la tumeur s'établit à temps au niveau du point sténosé.

Même, l'on est presque en droit d'espérer l'heureuse détente qui en résulte, car c'est au moment même où les masses végétantes sont arrivées au contact et se compriment mutuellement qu'elles compromettent leur vitalité et risquent le plus de se gangrener et de s'éliminer.

Aussi bien cette circonstance, de laquelle il est bon d'être prévenu, est de nature à faire abandonner parfois un bon diagnostic et à induire en erreur.

— L'obstacle que le cancer met à des degrés divers au cours des matières fécales entraîne presque toujours des lésions dans les autres segments de l'intestin. C'est d'abord la dilation de celui-ci et la coprostase en amont du point rétréci. — Donc, si la sténose n'est pas complète et s'il y a encore de temps à autre quelques selles, on n'aura en réalité que des signes de stase stercorale, surtout si la tumeur n'est pas avancée dans son évolution, n'est pas ulcérée et par conséquent ne donne pas de sang. C'est donc une période anatomo-pathologique à laquelle le cancer de l'intestin ne saurait être diagnostiqué,

et l'on voit de par ce qui précède qu'elle peut être parfois très proche de l'apparition des accidents d'occlusion.

En outre, cette accumulation de fèces en amont de l'obstacle peut très bien remonter jusqu'au cæcum et rend compte des ulcérations qu'on y observe communément à l'autopsie, alors même que le cancer siège sur un point très éloigné du gros intestin. Ces ulcérations donnent lieu à des douleurs spontanées ou provoquées par la pression dans la fosse iliaque droite qui peuvent induire en erreur.

Indépendamment des diverses lésions qu'on observe du côté de l'intestin dans les cas de cancer de cet organe, il en est d'autres nombreuses, plus ou moins lointaines que nous rangerons sous trois chefs principaux.

Lésions par inflammation réactionnelle

- par propagation
- par généralisation.

Lésions inflammatoires réactionnelles. — Elles s'observent surtout du côté du péritoine, à cause de l'intimité de ses rapports avec l'intestin, et se traduisent le plus souvent par la production d'un exsudat fibrineux et de liquide citrin qui, au début, sont en à peu près égale quantité; puis, au bout de peu de temps, cette péritonite chronique évolue ou vers la forme adhésive qui finit par agglutiner les viscères abdominaux, ou vers la forme ascitique. Souvent ces deux processus sont combinés, et, par suite d'adhérences irrégulières et très capricieuses, entre les feuillets péritonéaux, la cavité abdominale se cloisonne en un nombre variable de cavités remplies de liquide qui ne tarde pas à devenir séro-sanguinolent, sinon franchement hémorragique, et à se reproduire rapidement après

la ponction, lorsqu'à la péritonite simple de voisinage s'ajoute l'inoculation du péritoine ou son infection par propagation.

Les adhérences dues à la péritonite chronique qui se produit dans le voisinage du néoplasme rendent compte, suivant leur degré de laxité, leur plus ou moins grande étendue, de la mobilité ou de la fixité très variable de la tumeur. Il en résulte qu'il ne faut pas attribuer une grande importance à la fixité d'une tumeur et s'imaginer, par exemple, en raison de ce caractère, qu'elle n'appartient pas à l'intestin.

Lorsqu'à une simple irritation de voisinage se substitue l'issue du contenu intestinal dans la grande cavité péritonéale à travers une perforation pratiquée, soit dans la substance même du néoplasme, soit en amont, à travers la paroi de l'intestin dilaté et aminci, on se trouve alors en face d'une péritonite suraiguë, et, dans ce cas, la mort est tellement rapide que l'autopsie, en dehors du néoplasme lui-même, se borne à constater la présence de substances fécaloïdes dans la cavité péritonéale, sans autre altération du péritoine qu'une congestion très légère.

La perforation peut aussi se produire dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, et ce mode de terminaison bien que moins immédiatement fatal, n'en aboutit pas moins d'abord à des abcès stercoraux, puis à la pyohémie consécutive avec le pronostic qu'elle comporte.

Lésions par prorogation. — Le cancer de l'intestin se propage aux organes voisins, en premier lieu au péritoine en raison de sa proximité même; mais il est rare, lorsque cette propagation se produit, qu'il n'y ait déjà pas dans le péritoine lui-même des foyers de généralisation par la

vôie lymphatique, si bien qu'il est très difficile de faire la part des deux processus. Quoi qu'il en soit, le péritoine est farci, soit de nodules cancéreux assez volumineux, soit au contraire de granulations miliaires qui peuvent simuler la granulation tuberculeuse, souvent même ces deux formes de carcinome coexistent, les ganglions mésentériques formant généralement des masses cancéreuses de la grosseur d'une noisette ou d'un pois ; mais l'identité de nature de toutes ces productions s'établit par le fait qu'elles reproduisent toutes le type anatomo-pathologique de la tumeur primitive.

Lorsque le péritoine est complètement envahi, l'ascite est toujours considérable. Le liquide en est séro-sanguinolent, très souvent hémorragique.

L'ulcération de fins rameaux vasculaires explique ce fait aussi bien que la rapide reproduction de l'épanchement après ponction.

Le cancer de l'intestin se propage encore à l'intestin lui-même et dans ce cas peut faire communiquer plusieurs anses intestinales entre elles ; puis, à tous les viscères abdominaux, quels qu'ils soient, mais avec une prédilection spéciale pour la vessie, et cela particulièrement lorsqu'il siège au niveau de l'S iliaque, la mobilité de cette portion de l'intestin permettant au néoplasme sollicité par son propre poids de s'enfoncer vers la cavité pelvienne.

La propagation aux uretères mérite une mention spéciale. En oblitérant ceux-ci par compression ou par envahissement, le cancer peut créer l'hydronéphrose, une rétention urinaire aiguë avec arrêt réflexe de la sécrétion du rein et l'urémie consécutive qui devient ainsi un mode de terminaison du cancer de l'intestin.

L'envahissement des uretères peut aussi donner de l'hématurie, symptôme qui dans l'espèce acquiert une grande valeur diagnostique, pour éclairer la nature douteuse de troubles fonctionnels survenant du côté de l'intestin.

Lésion par généralisation. — La généralisation du cancer de l'intestin s'effectue d'abord du côté du péritoine, puis par ordre de fréquence du côté des ovaires, du foie, des reins, du pancréas, etc., et ne présente aucun détail particulier, si ce n'est qu'elle est en général assez tardive, car ceux d'entre les cancéreux de l'intestin qui ne succombent pas à des accidents d'occlusion paraissent bénéficier d'une assez grande survie, soit que l'assimilation, en continuant à s'effectuer convenablement, favorise la résistance de l'organisme, soit que l'épithéliome cylindrique ne soit pas d'une grande malignité par lui-même, peu importe du reste au point de vue qui nous occupe.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de la généralisation lointaine par voie lymphatique du cancer de l'intestin, notamment du signe de Troisier; nous n'en parlerons donc pas ici.

Symptômes généraux du cancer et symptomatologie propre au cancer de l'intestin

Les modifications de l'état général dans le cancer se résument dans un état cachectique profond, dont la gravité et la rapidité constitueraient encore, en l'absence de signes physiques ou de troubles fonctionnels suffisamment tranchés, un élément de premier ordre pour le diagnostic

de cette affection. Cependant, il nous paraît prudent, en pareille circonstance, de ne jamais se prononcer en sa faveur sans avoir au préalable minutieusement fouillé les antécédents morbides, l'état actuel du malade, de manière à s'assurer qu'il n'est en puissance d'aucune des principales maladies chroniques dont l'aboutissant peut être également la cachexie progressive et rapidement fatale (goutte, diabète maigre, anémie pernicieuse, impaludisme, syphilis, etc.).

Même, lorsque, circonstance de bonne fortune pour le diagnostic, l'existence d'une tumeur aura été révélée par l'exploration viscérale, il ne faudra pas se croire dispensé de prendre cette précaution et s'empressez, sans examen suffisant, mais en obéissant à un besoin parfois impérieux de l'esprit, de mettre la cachexie sur le compte de la tumeur. Plus d'un a été victime de cette application trop brusquée du principe de causalité, bien imprudente dans l'espèce et contre laquelle il est bon d'être prévenu. En effet, il est possible que la tumeur constatée ne soit ni un néoplasme, ni même un agent responsable en totalité de l'état général observé et qu'on en soit en définitive pour les frais d'une erreur de diagnostic énorme, ou même ce qui est plus grave encore pour le regret d'un pronostic non légitimé par les événements.

De même, la teinte jaune paille peut être considérée comme un bon signe du cancer parce qu'elle est à peu près constante, mais elle peut appartenir, avec des variantes de nuance inappréciables, à d'autres affections très nombreuses qu'il faudra soigneusement rechercher au lit du malade : les affections du foie, la dyspepsie ancienne, la constipation chronique avec l'intoxication profonde qu'elle

entraîne, l'anémie, la chlorose, sous certaines formes liées à des troubles gastriques, etc. Or, si l'on examine un certain nombre de cancéreux en prenant ces précautions, que l'on envisage le syndrome général cachexie, ou la teinte jaune paille, on se rend compte bien vite qu'il est difficile, au moins pour une grande partie des cas, d'éliminer ces diverses causes comme facteurs possibles des symptômes observés ; et, en particulier, l'incertitude est encore plus grande pour le cancer de l'intestin qui apparaît de préférence chez les vieux constipés, les vieux hépatiques, les vieux goutteux qui, depuis longtemps sous le coup d'une affection chronique d'ordre essentiellement toxique, sont considérablement affaiblis, sinon déjà cachectisés, et dont le tégument cutané reflète l'altération profonde de l'état général par une teinte plus ou moins voisine de la teinte jaune paille. Néanmoins, cette dernière, bien qu'on en ait exagéré la portée, n'en reste pas moins pour le diagnostic du cancer un signe d'une réelle importance.

Il en est de même pour l'état cachectique ; mais nous insistons sur ce fait que ces deux signes peuvent être trompeurs si l'on ne se donne pas la peine, pour chaque cas en particulier, de les analyser et de peser sévèrement leur valeur. Pour cela, le plus sûr est de dissocier ces grands symptômes en leurs facteurs premiers qui ne sont point les mêmes suivant la nature des maladies cachectisantes. La logique commande donc de s'orienter de ce côté pour arriver à les distinguer ; reste à savoir si nos connaissances actuelles le permettent.

Aussi est-ce dans l'intention de rechercher s'il existe quelque part des notions décisives pour le diagnostic

que nous étudierons brièvement les causes de la cachexie cancéreuse et leur traduction extérieure dans les modifications imprimées au sang et à la sécrétion urinaire.

Les causes de la cachexie cancéreuse sont multiples, et, de leurs différentes combinaisons résulte la marche plus ou moins rapide de celle-ci. Le cancer en effet tue par deux procédés principaux, d'abord par les troubles fonctionnels qu'il entraîne, essentiellement variables d'après le rôle de l'organe atteint et l'étendue de la lésion, puis par un autre procédé, toujours unique, toujours identique dans son essence, par la production du poison ou suc cancéreux qui, sécrété au sein du néoplasme, s'en va, résorbé par la circulation, frapper jusqu'aux éléments anatomiques les plus éloignés de ce centre malfacteur, ayant pour effet d'entraver et de ralentir considérablement les échanges nutritifs dont ils sont le siège.

Aussi a-t-on recherché s'il laissait des traces de sa présence dans le sang et si la sécrétion urinaire révélait quelque chose des perturbations ainsi imprimées à la nutrition générale.

Modifications de la sécrétion urinaire. — Il résulte de ce fait que l'intoxication cancéreuse ralentit les échanges nutritifs et diminue les combustions, que la quantité d'urée excrétée doit être diminuée. Il en est effectivement ainsi. (Celle-ci peut descendre jusqu'à 6 ou 7 grammes en vingt-quatre heures.) Rommelaëre de Bruxelles, surpris par la constance du fait chez les cancéreux, mais sans se demander s'il fallait rapporter ce signe au cancer lui-même ou à l'état cachectique connexe, susceptible, comme nous l'avons vu, d'appartenir à un grand nombre d'affection chroniques, s'est empressé de lui apporter une grande

valeur diagnostique, et bien qu'en un temps on ait fait grand cas de ce signe, il est aujourd'hui définitivement infirmé. Une note d'Albert Robin parue dans la *Gazette médicale* de Paris (août 1884) résume tous les griefs qui l'ont réduit à peu près à néant. L'auteur conclut :

« La proposition de Rommelaëre de Bruxelles est infirmée d'une façon définitive puisqu'il est démontré que l'urée peut rester normale et même augmenter dans les affections cancéreuses, si les malades continuent à s'alimenter; que d'autre part, l'urée peut diminuer considérablement dans les affections chroniques des mêmes organes si les malades vomissent leurs aliments ou cessent de se nourrir. Il en résulte que le cancer n'a pas lui-même une action spécifique sur la formation de l'urée et qu'il importe de prémunir les médecins contre les mécomptes auxquels ils s'exposeraient en donnant au taux de l'urée la valeur diagnostique que M. Rommelaëre lui a attribuée et dont il a voulu faire le signe pathognomonique du cancer. »

L'*indican*, par sa proportion exagérée dans l'urine, vaudrait-il pouvoir nous servir au diagnostic du cancer de l'intestin? On a noté, d'une façon constante, une augmentation considérable de l'*indican* dans les urines de sujets atteints d'occlusion intestinale aiguë. Là, la résorption des éléments liquides des matières favorisées par le brassage violent qu'elles subissent dans ces conditions donne de ce fait une explication très plausible. De plus, en règle générale, l'*indican* augmente dans les urines, dans la constipation simple. C'est donc un produit organique dont la présence en quantité exagérée dans l'urine traduit simplement l'existence d'une stase anormale des matières, et la résorption

d'une certaine partie de leurs éléments. Dès lors, s'il en est ainsi, nous ne voyons guère de quelle façon l'indican pourrait nous fournir de renseignements précis sur l'existence d'un cancer de l'intestin, à moins qu'il n'ait la prétention de nous révéler de la constipation que nous avons certes bien d'autres moyens plus simples de reconnaître.

Modifications du sang. — Elles consistent essentiellement dans un certain degré de leucocythose qui, en règle générale paraît d'autant plus accentuée que la tumeur répond à un type anatomo-pathologique plus embryonnaire. Ainsi le sarcome offre une leucocythose qui semble constante et très marquée. Au contraire, d'après Alexandre (thèse de Paris, 1887), les épithéliomes sauf les épithéliomes suppurés ne présentent jamais de leucocythose. Entre les deux extrêmes se placent les squirres et les encéphaloïdes dont les rapports avec le sang sont sujets à de grandes variabilités. Les indications à tirer de ces faits seraient donc à peu près nulles pour le cancer de l'intestin, le sarcome étant l'exception et l'épithéliome la règle, comme nous l'avons déjà vu. On peut conclure simplement de ces faits que dans le cancer il y a tendance à la leucocythose. Aujourd'hui encore, la seule donnée de l'examen microscopique du sang applicable en clinique au diagnostic du cancer est celui qui permet de distinguer sa forme latente de l'anémie pernicieuse essentielle. En effet, cette affection comporte une grande inégalité dans les dimensions des globules sanguins, dont un certain nombre se présentent avec un volume exagéré (macrocytes, 5 à 6 μ) d'autres se montrant au contraire tout à fait rapetissés et comme ratatinés (microcytes).

De plus, en même temps que le nombre des globules

rouges diminue au point de tomber à un million, à quelques centaines de mille, la valeur globulaire augmente en sens inverse et devient considérable. Ce contraste est caractéristique de l'anémie pernicieuse essentielle et ne se rencontre jamais dans le cancer.

L'appareil lymphatique, voie d'élection de la généralisation du cancer, peut-il nous fournir quelques indications ? Rarement dans l'espèce :

Le *signe de Troisier* paraît même sans importance au point de vue du cancer de l'intestin ; nous ne l'avons trouvé signalé que deux fois dans les nombreuses observations de cancer de l'intestin que nous avons parcourues dans nos recherches bibliographiques. L'adénopathie inguinale paraît tout aussi rare. On arriverait donc à ce résultat paradoxal, que la constatation du signe de Troisier serait plutôt une présomption contre le cancer primitif de l'intestin qu'en sa faveur ; mais il s'agirait de démontrer pour établir ce fait que tous les observateurs se sont préoccupés du signe de Troisier et ne l'ont pas laissé échapper. En somme, aucune certitude de ce côté, si ce n'est qu'il est rare de pouvoir constater ce signe et que de ce fait il n'y a pas grand intérêt à trop s'en préoccuper. Au plus, son absence se comprend assez en ce qui a trait au cancer de l'intestin, celui-ci tuant généralement par un tout autre mécanisme que par la généralisation.

La symptomatologie du cancer de l'intestin est dans l'immense majorité des cas remarquable par sa pauvreté, car le propre de cette lésion organique est d'évoluer sournoisement jusqu'au moment où éclatent, sans que parfois rien n'ait pu les faire prévoir, des accidents mortels d'oc-

clusion intestinale dont la cause est par le fait le plus souvent méconnue. Nous pensons que c'est là une raison majeure pour que l'on considère le cancer de l'intestin comme une affection assez rare.

Au contraire, les cas où de bonne heure il revêt un cortège symptomatique abondant et bien tranché doivent être considérés comme de beaucoup les moins fréquents et simplement comme des circonstances de bonne fortune pour le diagnostic. En réalité, *le cancer de l'intestin est le cancer latent par excellence*. Néanmoins, pour être aussi complet que possible dans un exposé succinct, c'est d'après les cas les plus évidents que nous devons tracer le cadre symptomatique du cancer intestinal en prévenant toutefois que dans l'examen des malades il s'en faudra de beaucoup qu'on le trouve toujours réalisé et conforme au modèle de la pathologie.

Au début. — Les symptômes sont essentiellement vagues, banals et variables. On note de l'inappétence, de la pesanteur abdominale exagérée pendant la durée de la digestion, des alternatives de constipation et de diarrhée tous signes appartenant à une foule d'états pathologiques très variés et perdant de ce fait toute valeur diagnostique. De même, la douleur spontanée ou provoquée par la pression n'a aucun caractère précis ou fixe. En outre, on ne saurait compter à cette période sur la perception d'une tumeur, puisque cet élément fait le plus souvent défaut à la période d'état. Au contraire, il se peut que dans des cas exceptionnels ce signe soit le premier en date, cas dans lequel on n'en reste pas moins sur l'instant très perplexe; mais en réalité, ces faits méritent simplement d'être

signalés et ne sauraient en raison de leur rareté même attirer spécialement l'attention.

A la période d'état. — Les troubles fonctionnels paraissent prendre une importance prépondérante que A. Fleur (thèse, Paris, 1879) a bien mis en relief : contrairement à ce qui se passe dans les affections organiques de l'estomac, les premières phases de la digestion sont ici assez faciles ; mais, quand la portion d'intestin malade entre en activité, alors se produisent des troubles essentiellement variables suivant les malades, mais à peu près constants : c'est, suivant le cas, une sensation de plénitude, de pesanteur abdominale plus accentuée qu'à la période précédente, accompagnée ou non de ballonnement.

Jamais, ou du moins très rarement on n'observe de vomissements ou de phénomènes de régurgitation stomacale, sauf le cas d'une tumeur siégeant au voisinage immédiat de l'estomac ou s'accompagnant de réactions péritonéales.

Les douleurs spontanées sont plutôt sourdes et n'atteignent pas l'intensité de celles du cancer de l'estomac. Elles sont continues pendant les périodes d'activité intestinale, et discontinues dans leur intervalle.

Les anomalies dans les évacuations constituent ici, en réalité, le symptôme cardinal. A ce point de vue, ce qu'on observe le plus souvent, ce sont de longues périodes de constipation suivies de débâcles très abondantes. Les dernières matières évacuées dans ces conditions sont toujours semi-liquides, grâce à un degré plus ou moins accentué de catarrhe intestinal et entraînent avec elles, soit des bouchons muqueux, soit des fausses membranes de même nature, qu'il sera toujours bon d'examiner au

microscope pour ne pas laisser échapper les quelques brimborions émanés de la tumeur qui pourraient y être inclus : ces fausses membranes, du reste, sauf résultat positif de l'examen histologique, n'ont rien qui les distingue de celles qu'on observe communément dans les constipations invétérées.

L'examen histologique ne devra également pas être négligé lorsqu'il surviendra des selles sanglantes, car, ici, hémorragie veut dire ulcération du néoplasme et par conséquent élimination particulière de celui-ci. Au fait, les hémorragies dues au cancer de l'intestin peuvent passer inaperçues, soit à cause de leur faible abondance, soit parce qu'elles se bornent à imprégner les matières, soit encore à cause de l'altération profonde que peut subir le sang dans l'intestin, au point de devenir méconnaissable.

Cette altération du sang est d'autant plus complète que la néoplasme siège plus loin de l'anus ; lorsqu'au contraire, celui-ci se développe dans les parties terminales du tube digestif, l'S iliaque et le rectum, les altérations du sang sont bien moins marquées et même celui-ci peut être évacué à l'état de pureté.

A côté des modifications de quantité et de qualité que subissent les selles, il en est d'autres non moins importantes qui portent sur leur forme. Les selles, disent les classiques, sont amincies, comme passées à la filière à travers la lumière de l'intestin rétréci par le néoplasme. Le fait est exact, sans contredit, mais il ne saurait s'appliquer qu'au cas où celui-ci siège dans l'S iliaque ou le rectum ; au delà, nous ne voyons pas trop comment des matières, déformées alors qu'elles sont encore de consis-

tance molle, pourraient conserver jusqu'à l'anus la déformation qui leur a été imprimée.

Quoi qu'il en soit de la valeur réelle du signe dont nous venons de parler, il ne faudra jamais oublier qu'un bouchon stercoral perforé en son centre pourra imprimer aux fèces les mêmes altérations de forme et induire ainsi en erreur.

La *présence d'une tumeur* est un signe capital pour le diagnostic du cancer de l'intestin, et bien qu'il soit malheureusement assez rare de le percevoir, il est d'une importance telle qu'il importe au plus haut point de savoir le rechercher et de savoir surtout se mettre en garde contre les causes d'erreur si nombreuses auxquelles il prête facilement, si l'on ne se donne pas la peine d'en faire une critique sévère et de l'analyser minutieusement.

Aussi l'étudierons-nous spécialement dans les limites qui sont assignées à cette étude nécessairement écourtée.

Pour rechercher une tumeur, nous disposons de deux procédés : le palper et le toucher.

Le *palper* s'effectue à travers la paroi abdominale. L'une des mains cherche à percevoir la tumeur en déprimant profondément la paroi contre le plan résistant fourni soit par la partie postérieure de la circonférence pelvienne, soit par la colonne vertébrale, pendant que l'autre main venant à la rencontre de la première vient emprisonner en quelque sorte la tumeur et l'immobiliser contre celle-ci. On se mettra ainsi dans les conditions les plus favorables pour la maintenir et apprécier ses différents caractères de volume, de consistance et de forme. Malheureusement, ces conditions d'un bon palper sont bien souvent difficiles à réunir, gêné qu'on est soit par

l'acuité de la douleur déterminée par la palpation, soit par le ballonnement et l'ascite. Il y aura donc lieu de préparer son palper en s'adressant à tous ces obstacles ; contre la douleur on emploiera la morphine ou au besoin l'anesthésie ; contre l'ascite, la ponction qui a en outre l'avantage de soulager le malade. Moyennant ces artifices on aura réuni l'ensemble des conditions les plus favorables au palper.

Le *toucher* pratiqué par la voie vaginale ou par la voie rectale n'a pas de bien grandes chances de nous révéler la présence d'une tumeur tant soit peu élevée au-dessus du petit bassin, mais d'une part, la perception d'une fluctuation nette au niveau du cul-de-sac de Douglas pourra nous révéler un léger degré d'ascite, d'autre part, le toucher rectal, sans nous permettre d'aborder ce néoplasme, pourra nous fournir des renseignements nombreux, ne fût-ce que sur la constipation dont l'importance dans l'espèce est considérable, et en outre, sur l'existence d'hémorroïdes internes dont les écoulements sanguins parfois très discrets pourraient être une cause de méprise. Peut-être même sera-t-il possible d'apprécier l'état des uretères en vue d'une propagation possible du néoplasme à ces organes.

Nous signalerons simplement pour mémoire l'exploration de l'extrémité inférieure de l'S iliaque à l'aide d'une sonde molle en caoutchouc ou en gomme, car nous n'avons guère confiance en ce procédé. En effet, outre que son application est nécessairement très restreinte, il arrivera de deux choses l'une, ou le cathéter sera trop flexible et alors ses indications seront nulles, ou il sera suffisamment rigide, et dans ce cas son usage sera dangereux en pré-

sence d'un néoplasme dont la substance pourra être très friable.

Quelle que soit la valeur relative de ces divers procédés d'investigation directe, que pourront-ils nous donner ?

Dans l'immense majorité des cas, le résultat de ces recherches sera purement négatif, ou ne révélera que des symptômes accessoires, tels que douleur, tympanisme, ascite, etc. Si au contraire l'observateur est favorisé par les circonstances, il pourra percevoir ou une tumeur nettement limitée ou une simple sensation d'empâtement plus ou moins diffus.

En présence d'une tumeur, l'en s'efforcera de déterminer surtout son volume, sa consistance, sa mobilité, etc. Jusque-là, pas de grandes difficultés, mais celles-ci vont surgir nombreuses et parfois insurmontables quand il s'agira de préciser les connexions anatomiques de la tumeur : en effet, à ce propos, se pose d'emblée un problème capital : à savoir si la tumeur appartient à l'intestin.

Pour le résoudre, on interrogera les signes fonctionnels que déjà nous avons énumérés et qui, suivant leur caractère de plus ou moins grande netteté, rendront la question soluble ou insoluble. En cas de doute, la nécessité s'imposera de rechercher si l'on ne trouve pas quelque symptôme insolite du côté des autres viscères de l'abdomen, notamment l'estomac, le foie, le pancréas, la rate, les reins, la vessie, l'ovaire, l'utérus, symptôme qui pourrait parfaitement bien échapper à un examen portant exclusivement sur l'intestin.

Quoiqu'il advienne de cette recherche, nous supposons que la tumeur a été attribuée à l'intestin. Dans ce cas

même, tout n'est pas dit : il reste encore à savoir si elle a le caractère d'un néoplasme, c'est-à-dire si elle est développée dans la paroi de l'intestin ou si elle s'est développée dans la cavité même de l'intestin.

Pour arriver à ce résultat, on observera surtout les déplacements imprimés à la tumeur par le palper et on la surveillera de très près tous les jours pour s'assurer si elle émigre spontanément vers les parties terminales du tube digestif. Enfin, l'on tentera de provoquer cette migration par l'usage de purgatifs drastiques répétés. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet, à propos du diagnostic.

La même précaution s'imposera chaque fois qu'au lieu d'une tumeur nettement limitée on ne percevra qu'une zone d'empâtement, mais cette donnée est déjà d'une signification beaucoup moins nette ; il sera bon dans tous les cas d'observer journellement les variations d'étendue de cette zone et de voir comment elle se comporte, suivant que le malade s'alimente ou est soumis à une diète momentanée. Il va sans dire que l'augmentation notable de cette zone, lorsque le malade est au régime diététique, est plutôt en faveur d'une lésion organique ; inversement, si elle augmente plus rapidement par la suralimentation, il paraît beaucoup plus naturel de songer à la rétention stercorale simple.

Nous avons ainsi énuméré les signes les plus importants qu'on peut rencontrer à la période d'état du cancer de l'intestin et les procédés les plus usuels pour les rechercher. Voyons maintenant la période terminale de l'affection.

Période terminale. — Cette dernière période, à laquelle aboutit le cancer de l'intestin lorsqu'il n'est pas

arrêté dans sa marche par les accidents de l'occlusion, s'annonce par l'apparition de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, et l'aggravation désormais beaucoup plus rapide de l'état général. Il ya donc là un ensemble symptomatique beaucoup plus évident que dans les phases précédentes. Néanmoins il est bon d'examiner d'un peu près les nouveaux signes observés.

L'ascite, produit de la réaction ou de l'altération du péritoine suivant le cas, se traduit par un épanchement plus ou moins abondant de sérosité dans la cavité abdominale. Si l'ascite est abondante elle ne saurait être méconnue; peu accentuée il faut la rechercher au niveau des parties déclives. Le cul-de-sac de Douglas chez la femme se prête admirablement à cette exploration; chez l'homme le toucher rectal paraît donner de moins bons résultats que les variations de matité provoquées par les changements de position, et notamment le décubitus latéral. Les caractères véritablement précis de l'ascite sont donnés par la ponction. Un liquide nettement hémorragique renfermant de gros globules blancs pleins de granulations graisseuses très réfringentes, des cellules irrégulières à granulations nombreuses rangées autour d'un noyau central constituent de graves présomptions en faveur d'une tumeur maligne. Il en est de même pour la reproduction rapide du liquide après la ponction.

Si tous ces caractères ne sont pas nets, l'obligation s'imposera pour faire le diagnostic étiologique de l'ascite d'interroger le cœur, le rein et surtout le foie; au besoin le poumon, la prostate, l'épididyme et autres lieux d'élection de la tuberculose, si l'on soupçonne une péritonite de cette nature. Il semble que, si on a pu éliminer ces facteurs

possibles de l'ascite, celle-ci reste au compte du cancer.

Suffisamment accentuée pour distendre la paroi abdominale, l'ascite crée une condition très favorable au palper lorsque le liquide a été évacué. En effet, la tumeur devient alors facilement accessible à travers une paroi lâche et amincie et vient constituer un élément de certitude de premier ordre.

Quant à l'œdème des membres inférieurs, s'il est unilatéral, il aura plutôt la signification d'un trouble mécanique dû à la compression exercée par la tumeur; s'il est bilatéral et prend l'aspect de la phlegmatia alba dolens, il s'agira d'un œdème cachectique dont la valeur diagnostique est beaucoup plus grande au point de vue du cancer.

Enfin, quand bien même la santé du malade atteint de cancer intestinal se serait montrée jusque là satisfaisante la cachexie fait toujours son apparition à cette période et marche alors avec une rapidité d'autant plus apparente qu'elle a été moins préparée.

L'amaigrissement jusqu'à l'état squelettique, le masque terreux, les sueurs profuses, les douleurs s'accroissent avec une effrayante rapidité jusqu'à l'instant où le patient succombe dans le marasme. Si l'on ajoute qu'à cette phase ultime il existe toujours des troubles fonctionnels du côté de l'intestin, on admettra sans peine qu'ici le diagnostic du cancer de l'intestin est exceptionnellement facile.

Différentes modalités du cancer de l'intestin suivant le siège.

Aux symptômes que nous venons de décrire comme s'appliquant à tous les cas de cancer intestinal viennent,

suivant le siège de la lésion, s'enajouter d'autres bien plus particuliers dus aux troubles de la fonction spécialement dévolue à la partie intéressée, dus aussi aux phénomènes observés du côté des organes voisins relevant pour la plupart de la compression exercée par la tumeur ou de sa propagation même à ces organes. C'est ce que nous avons voulu entendre par modalité propre au cancer de l'intestin suivant le siège.

Cancer du duodénum. — Il paraît très fréquent, relativement à celui de l'intestin grêle (nous n'avons en vue bien évidemment que le cancer primitif, car il résulte des rapports intimes du foie, de l'estomac, du pancréas avec le duodénum que le cancer secondaire de ce dernier est très fréquent lorsqu'un de ces organes est pris).

La symptomatologie propre du cancer du duodénum est accentuée ou au contraire très vague suivant que le néoplasme intéresse ou n'intéresse pas l'écoulement de la bile et de la sécrétion pancréatique par la compression ou l'envahissement des canaux cholédoque et de Wirsung. La modalité qui en résulte est poussée à son maximum de netteté avec le *cancer de l'ampoule de Vater*, qu'en raison de ce fait nous étudierons brièvement. Dans une excellente thèse (Paris, 1890) l'auteur, M. Busson, a bien fait ressortir qu'il existait trois symptômes cardinaux de cette lésion :

L'ictère progressif apyrétique ;

La distension de la vésicule biliaire nettement appréciable à la palpation ;

La rapidité de l'amaigrissement.

Or, c'est précisément ce trépied symptomatique que

MM. Bard et Pic, dans un travail paru en 1888 (*Cancer primitif du pancréas*), ont assigné comme ensemble pathognomonique au cancer du pancréas et plus exactement de la tête de cette glande. Cela va de soi, du reste ; le mécanisme des accidents étant le même dans les deux affections qui nous occupent, il en résulte ce simple fait que leur diagnostic différentiel est radicalement impossible. On a signalé, en dehors des symptômes principaux que nous venons d'indiquer, des selles argileuses, plombées, la stéatorrhée ; or ces signes perdent ici tout intérêt puisqu'ils n'appartiennent pas à une lésion organique en particulier, mais à toutes les causes d'acholie.

Cancer du jéjuno-iléon. — Le cancer des parties intermédiaires de l'intestin grêle est considéré comme rare, mais l'est-il en réalité ? qu'il nous soit permis d'en douter. En effet, on peut déduire du faible calibre de l'intestin dans cette partie que les accidents d'occlusion doivent s'y déclarer avec une précocité particulière et le plus souvent prédominer. Or, le diagnostic étiologique de l'occlusion n'étant généralement pas fait, l'autopsie souvent négligée ou rendue impossible, jamais pratiquée en dehors des milieux hospitaliers, il y a beaucoup de cas, sans doute, perdus pour la statistique.

En dehors des accidents d'occlusion, existe-t-il pour l'intestin grêle des troubles fonctionnels spéciaux aux néoplasmes de ce segment, nous ne le croyons pas, jusqu'ici du moins personne n'en a signalé. Peut-être serons-nous mieux renseignés si jamais le chimisme de la digestion étend jusque-là son domaine.

Quoi qu'il en soit, Journet a établi (thèse de Paris, 1883) que le cancer de l'intestin grêle augmente de fré-

quence au fur et à mesure qu'on se rapproche de la valvule iléo-cæcale, au niveau de laquelle cette fréquence atteint sa plus haute expression.

Il est remarquable que le même fait s'observe pour certaines lésions inflammatoires ulcératives, celles de la fièvre typhoïde notamment, et il nous semble aussi que dès cette portion de l'intestin l'action de la stase des fèces, agissant comme irritant, se fait déjà sentir sur la genèse du cancer.

Cancer de la valvule iléo-cæcale. — Cette action ne saurait être mise en doute pour cette variété de siège, car chez les malades atteints de cette localisation, l'on trouve toujours dans les anamnestiques une période de constipation particulièrement longue, impossible parfois à préciser.

L'action irritante exercée par les fèces accumulées se double ici d'un traumatisme réel permanent dû à la distension que la valvule subit nécessairement chez des sujets dont le gros intestin est entièrement obstrué. On peut en dire autant du cæcum, qui est du reste un des lieux d'élection par excellence du cancer de l'intestin.

L'envahissement rapide des deux lames de la valvule, qui passent d'abord par une période d'induration simple, a pour effet de créer ici une double modalité symptomatique : d'abord l'apparition précoce des accidents d'occlusion ou d'obstruction, puis surtout la disparition brusque de ceux-ci à un moment donné, suivie d'une amélioration considérable en apparence de l'état local et même général, cette singularité étant due à ce que le néoplasme ne met que peu de temps à détruire un tissu peu épais et disposé en lame mince comme celui de la valvule.

Nous avons déjà insisté sur le compte qu'il faut tenir de ce signe trompeur et des précautions qu'il faut alors prendre pour ne pas laisser échapper un élément de certitude pour le diagnostic.

Il va sans dire que cette modalité n'est en rien changée, que le cancer de la valvule soit primitif ou résulte de la propagation d'une affection similaire du cæcum. Le diagnostic différentiel de ces deux lésions voisines est donc impossible à moins que celle du cæcum ne reste limitée à ce segment et respecte ainsi la fonction assignée à la valvule iléo-cæcale.

Cancer du cæcum. — C'est avec celui de l'S iliaque le plus fréquent des néoplasmes intestinaux. Nous n'insisterons pas, de crainte de tomber dans de nouvelles redites sur la nécessité de rechercher avec soin dans les anamnestiques la constipation invétérée, mais, il est très important de savoir que toute aggravation de l'état général chez un vieux constipé qui se plaint de phénomènes vagues de tension ou de douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, exacerbée pendant la défécation, doit éveiller de suite, dans l'apyrexie, l'idée d'un cancer du cæcum.

Nous avons déjà laissé entendre que la symptomatologie de cette lésion est toute différente suivant que la valvule de Bauhin est englobée ou non dans la tumeur. Tout est là; en effet, si la valvule est libre le cancer du cæcum perd de ce fait toute sa gravité immédiate et sa richesse symptomatique, ne compromettant ni la marche régulière des matières, ni les dernières phases de la digestion intestinale. Il évolue lentement, aboutissant tardivement à la cachexie ou se révèle simplement, à un instant donné, par des phénomènes de voisinage dus à la compression causée par la

tumeur, à son extension ; d'où relèvent aussi les douleurs irradiées dans le membre inférieur droit, l'œdème de celui ci, etc.

Enfin, le malade reste dans l'apyrexie absolue tant qu'il n'y a pas de perforation ou de phénomène suppuratif du côté de l'intestin ou dans son voisinage.

Cancer primitif de l'appendice. — Lafforgue Ev. (thèse de Lyon, 1893) a fait une intéressante étude sur les tumeurs primitives de l'appendice. Le néoplasme le plus fréquent de ce petit segment de l'intestin si important en pathologie est d'après lui le carcinome colloïde.

Sa caractéristique, au point de vue clinique, est de présenter tout à la fois les signes généraux des cancers intestinaux et les troubles particuliers aux lésions appendiculaires dont le trait saillant est l'acuité des coliques et leur exacerbation paroxystique. Contrairement aux lésions inflammatoires aiguës de l'appendice, le carcinome a un début lent, insidieux. La constitution, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur de volume progressivement croissant en l'absence de signes fonctionnels du côté de l'intestin et de fièvre doit le faire soupçonner dès le début ; mais lorsque la tumeur n'est pas perceptible il est très difficile de distinguer la lésion néoplasique de l'appendicite chronique simple.

Côlons ascendant, transverse et descendant. — De ce côté, l'on n'a rien signalé de bien particulier. Néanmoins nous avons de bonnes raisons de croire qu'un néoplasme siégeant sur le côlon transverse peut provoquer du côté de l'estomac des troubles réflexes assez graves pour donner le change avec cet organe. Nous nous sommes, en effet, trouvé témoin d'un cas intéressant dont nous relatons

l'observation, où, une tumeur fécale siégeant dans le côlon transverse, où elle restait depuis longtemps enclavée, par le retentissement profond qu'elle exerçait sur les fonctions de l'estomac et sur l'état général, devint la cause d'une erreur de diagnostic très piquante qu'on devine aisément. Il paraît donc probable qu'à plus forte raison un néoplasme vrai puisse être susceptible de produire des troubles analogues.

De même, il peut très bien se faire, du moins sera-t-il toujours bon d'y songer, que toute tumeur siégeant à l'un des angles de flexion de côlons puisse provoquer des troubles réflexes douloureux ou non du côté du foie ou du côté des reins.

Cancer de l'S iliaque. — Cette variété présente quelques particularités intéressantes.

C'est d'abord la présence d'une tumeur qui fait ici plus rarement défaut, ; mais, c'est bien là aussi qu'il faudra se méfier de la coprostase au plus haut point. On s' imagine trop facilement que la distinction est toujours facile.

Pour nous, nous prétendons hardiment que le problème est parfois insoluble ou du moins singulièrement compliqué, à preuve qu'en amont d'un néoplasme développé sur l'S iliaque il y a toujours un degré plus ou moins accentué de stase stercorale.

Cependant, si on a l'avantage de pouvoir suivre régulièrement son malade et l'observer de jour en jour, on arrivera tôt ou tard, s'il s'agit d'une lésion organique, à constater l'un de ces deux faits.

Ou bien les matières deviennent de plus en plus petites et déformées.

Ou, au contraire, après avoir été déformées, elles récupèrent leur forme primitive à un moment donné.

Ce signe est peut-être le meilleur, car il est l'indice de la désagrégation et de l'élimination partielle de l'obstacle.

Celle-ci, en outre, est le plus souvent accompagnée de selles sanguinolentes contenant des particules de néoplasme.

C'est donc là encore une circonstance où l'examen microscopique ne saurait être négligé.

Il est une autre particularité du cancer de l'S iliaque qui, au contraire, n'est pas de nature, tant s'en faut, à éclairer le diagnostic ; c'est l'apparition très tardive de la cachexie et même l'absence totale de celle-ci. M. le professeur Potain a observé deux cas de cancer de l'S iliaque dans lesquels on n'a pu noter la moindre apparence cachectique ou même souffreteuse. Dans un de ces cas, il s'agissait d'une femme « très bien en chair » qui souffrait simplement d'une constipation opiniâtre et dont le diagnostic n'a pu être fait que grâce à l'élimination d'une masse cancéreuse.

Dans l'autre cas, l'affection organique s'était révélée brusquement chez une personne très robuste par des accidents d'occlusion dont on n'avait pas su discerner la cause réelle.

Ces deux faits sont bien de nature, ce nous semble, à montrer que la cachexie cancéreuse est un phénomène très complexe, lié non pas seulement au cancer lui-même, mais à l'influence qu'il exerce sur certaines fonctions importantes ; c'est ainsi qu'en ce qui concerne le tube digestif, tout néoplasme est d'autant plus malfaisant qu'il siège plus près de la bouche et compromet ainsi un plus

grand nombre de phénomènes physiques ou chimiques de la digestion.

Ici nous terminons cette partie de la séméiologie du cancer de l'intestin qui se présente en dehors des accidents d'occlusion et c'est de ceux-ci que nous allons maintenant parler.

Revue sommaire des symptômes de l'occlusion intestinale.

Cette étude s'impose ici en vue des cas fréquents où le cancer de l'intestin présente ces symptômes au cours de son évolution ou mieux se déclare par eux, ce qui est, comme nous l'avons vu, l'un des traits caractéristiques de son histoire clinique.

L'occlusion débute brusquement par une douleur atroce souvent localisée à l'ombilic, puis par des coliques. Celles-ci, d'abord rémittentes, procèdent ensuite par accès subintrants caractérisés par leur résistance à tous les agents thérapeutiques employés avec succès contre les coliques ordinaires.

Les purgatifs ne servent qu'à augmenter les douleurs, quant aux lavements, ils peuvent être utiles, mais cessent de l'être dès l'instant précis où le segment de l'intestin situé au-dessous de l'obstacle a été complètement évacué. A ce moment il n'existe plus aucune émission de gaz ni de liquide par l'anus et le météorisme abdominal reste désormais absolument fixe. Tel est le symptôme, j'ose dire pathognomonique, de l'occlusion complète.

En revanche, l'intestin tend à se libérer par les voies supérieures. En effet, les nausées et les vomissements ne

tardent pas à paraître, ces derniers d'abord simplement alimentaires, muqueux ou bilieux, puis fécaloïdes. Jusquelà le malade est livré à une agitation excessive bien suffisamment expliquée par le caractère excessif de la douleur ; mais l'apparition des vomissements fécaloïdes, signe pathognomonique s'il en est, signale le plus souvent une aggravation considérable dans l'état général : le pouls est petit, très rapide, les extrémités se refroidissent, le malade est dans la stupeur, le collapsus le plus profond, le visage inondé de sueurs glacées, l'abdomen distendu, le météorisme gênant la respiration ; bref, il y a là un concours de circonstances graves incompatibles avec la vie, si la thérapeutique impuissante par les palliatifs ne s'adresse pas de bonne heure à la cause même de l'occlusion. Cependant celle-ci n'est pas toujours mortelle, elle présente parfois un degré atténué, qui n'est autre que l'obstruction, caractérisé par un amendement progressif des symptômes, l'émission de quelques gaz par l'anus faisant diminuer le météorisme et signalant une obturation incomplète de la lumière intestinale. L'obstruction qui apparaît le plus souvent au cours des vieilles constipations laisse à sa suite une constipation encore plus opiniâtre et tient à chaque instant le malade sous le coup d'une occlusion aiguë.

Nos ressources d'investigation pour déterminer le siège de l'agent d'occlusion sont encore très restreintes aujourd'hui et n'ont pas fait de grands progrès depuis les signes donnés par Laugier sur le siège et la forme du ballonnement. Celui-ci est d'autant plus étendu que l'obstacle est situé plus bas. Lorsque ce dernier siège sur le côlon descendant, l'S iliaque, le météorisme remonté le long

du côlon descendant, du côlon transverse et se limite à la valvule iléo-cæcale, si celle-ci reste suffisante. Il forme alors un cadre en relief autour de la région ombilicale. Si la valvule est devenue insuffisante, le météorisme s'étend à tout l'intestin, mais reste cependant plus marqué au niveau des côlons. Inversement si l'obstacle siège dans l'intestin grêle, les flancs sont plats, l'ombilic très développé, le ventre globuleux saillant à sa partie médiane.

D'après M. Bouveret (*Lyon Médical* 1887), la dilatation du cæcum et du côlon peut être d'un grand secours au point de vue du diagnostic du siège de l'occlusion. En effet, le cæcum ne se dilate que par un obstacle situé plus bas et reste indifférent s'il y a occlusion de l'intestin grêle.

La dilatation du cæcum se reconnaît aux signes suivants :

Il y a du clapotement dans la fosse iliaque droite. Au moment des contractions intestinales douloureuses il se produit un soulèvement de la paroi en dos d'âne, allant de la fosse iliaque vers le rebord costal. Le météorisme est plus prononcé à droite de l'ombilic qu'à gauche ; depuis, le maximum de la douleur spontanée ou provoquée siège dans la fosse iliaque droite.

Lorsque l'occlusion siège très bas, ou bien s'il s'agit d'une paralysie totale de l'intestin, les anses intestinales vont jusqu'à ce dessiner sous la peau, le diaphragme est repoussé en haut, les espaces intercostaux élargis et la respiration très gênée.

Tels sont les signes les plus importants fournis par la vue. Que va nous donner le toucher rectal ? Le plus souvent un résultat négatif, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur, d'un rétrécissement syphilitique ou d'autre nature

qui n'en sera probablement pas à ses premiers méfaits et sera facilement accessible au doigt. Cependant, si l'on ne perçoit rien, l'existence du ténésme rectal est un indice que l'obstacle est très voisin et siège non loin de la terminaison du gros intestin. C'est là, malgré la vacuité du rectum, un signe d'une importance capitale. On peut s'aider aussi dans ce cas d'une sonde qui permet de pousser plus loin l'investigation directe : nous avons déjà indiqué les raisons pour lesquelles ce moyen doit être considéré comme inutile ou dangereux, suivant la qualité de la sonde employée. On a proposé aussi l'exploration par lavements, basée sur ce principe que la quantité d'eau introduite dans l'intestin sera d'autant plus grande que l'obstacle siègera plus haut ; mais, si l'on en croit ceux qui ont essayé de ce moyen, les renseignements qu'il fournit, comparés aux peines qu'il donne, ne seraient pas de nature à nous encourager à nous en servir.

Quant aux troubles fonctionnels, il semble qu'ils peuvent nous fournir sur le siège de l'occlusion des données qu'il n'y a pas lieu de négliger. Les vomissements sont d'autant plus précoces, rebelles et d'autant moins fécaloïdes que l'obstacle siège plus près de l'origine de l'intestin grêle. S'ils sont tardifs, peu fréquents, la sténose siège plutôt vers la fin du gros intestin.

L'émission de l'urine paraît être également influencée par le siège de l'occlusion. La quantité d'urine émise serait d'autant moindre que l'obstacle siège dans une portion plus élevée du tube digestif. Cela est vrai, mais parfois il peut y avoir de l'anurie ; où est alors l'obstacle ? Pour nous, le degré de l'oligurie dépend de l'intensité du réflexe qui ferme le rein et, par suite, de la gravité de

l'occlusion. C'est, en somme, un signe bien plus important au point de vue du pronostic qu'au point de vue du diagnostic.

Marche et Traitement

La marche découle de la distinction que nous avons établie dès le début (voir page 7, 2^e alinéa) : elle ne saurait, du reste, être réglée, puisqu'à un moment quelconque de son évolution le cancer de l'intestin peut tuer par occlusion¹. S'il parcourt toutes ses étapes, la durée de l'affection peut être fort longue, car ce genre de néoplasme ne paraît pas en lui-même très malin, ni très prompt à la généralisation. Dans l'observation VI, on pourra suivre un cas de cancer du cæcum qui a duré vingt mois. La durée moyenne étant de douze, laps de temps déjà très considérable, si on le compare au répit souvent très court accordé à certains cancéreux de l'estomac.

La mort, en dehors de l'occlusion, a lieu dans le collapsus, précédée parfois de vomissements incoercibles, de l'inévitable muguet, témoin presque obligé de la mort par épuisement progressif de l'organisme.

Traitement. — Nous ne parlerons pas ici du traite-

¹ Il en résulte aussi une grande incertitude pour le pronostic immédiat qui devra toujours être très réservé. Quant au pronostic de la terminaison, il n'est pas douteux.

ment curatif, mais du traitement dans les cas douteux, comme pierre de touche de la nature de la maladie. En effet, dans l'affection qui nous occupe, incurable par les agents médicamenteux, l'inefficacité même de ces médicaments permettra d'éliminer toutes les lésions qui sont de nature à être impressionnées par eux ; application du vieux principe :

Naturam morborum ostendunt curationes.

Nous examinerons d'abord les purgatifs et les iodures.

Les premiers doivent être toujours administrés quand la palpation a révélé l'existence d'une tumeur paraissant appartenir à l'intestin, mais à la condition absolue que le malade ne soit pas sous le coup d'une occlusion aiguë. Il est généralement admis que l'usage des purgatifs dans ces cas court non seulement le risque de faire souffrir inutilement le malade, mais de l'exposer à une perforation de l'intestin, plus grave que l'occlusion elle-même.

Sauf cette exception, les purgatifs les plus énergiques sont indiqués pour se mettre en garde contre une cause d'erreur assez fréquente. S'ils sont restés inactifs à la seconde reprise, on pourra dans la pratique se considérer comme renseigné à ce sujet. Toutefois, comme le montre l'observation II, certaines formes de rétention stercorale sont remarquables par leur ténacité (voir tumeurs stercorales) et il sera bon de s'en méfier.

L'usage inefficace des iodures permettra d'éliminer aussi la sténose récente par rétrécissement cicatriciel syphilitique chez un sujet à antécédents douteux, qui se plaint de troubles d'obstruction progressifs développés sans raison apparente. Il est vrai de dire que le-toucher

rectal fournira dans l'espèce des renseignements plus immédiats, le rétrécissement syphilitique de l'intestin siègeant le plus souvent au niveau du rectum. Quoi qu'il en soit, en présence d'une sténose qui peut très bien être due à une lésion organique, l'épreuve à l'iodure de potassium devra être discrète, ce médicament ayant paru dans certaines circonstances activer le développement des néoplasmes, soit en s'éliminant à leur niveau, soit par tout autre mécanisme.

De nouveaux horizons se sont ouverts à la thérapeutique depuis la récente application de la sérothérapie au traitement du cancer faite par Ch. Richet.

Nous tenons de M. le professeur agrégé Courmont, une communication orale très intéressante sur ce sujet :

Du sérum d'âne anti-cancéreux injecté sous la peau de l'abdomen à deux malades atteints d'épithéliome intestinal a donné deux ordres d'effets : 1° une réaction locale intense caractérisée par un œdème considérable, d'aspect érysipélateux, s'étendant de l'ombilic jusqu'aux genoux, paraissant deux heures environ après l'injection et durant quatre ou cinq heures ; 2° du côté de l'intestin on note, au moins une fois sur deux injections, des hémorragies intestinales abondantes qui se traduisent le lendemain par un nombre considérable de selles de sang altéré (jusqu'à vingt dans la journée). Ces hémorragies, malgré leur abondance, ne paraissent pas retentir d'une façon fâcheuse sur l'état général du malade. Il y a au contraire une sensation momentanée de bien-être, avec apaisement des douleurs, comme le produirait une saignée locale.

Ces hémorragies sont dues, à n'en pas douter, à l'action du sérum anticancéreux sur le néoplasme, car, le même

traitement appliqué à un sujet porteur d'un épithéliome de la face a donné également dans ce cas une fluxion, puis une hémorragie du côté de la tumeur.

Nous ne donnerons pas de plus amples détails sur cette nouvelle méthode, MM. Arloing et Courmont devant prochainement faire paraître un travail sur ce sujet ; mais, sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage, on conçoit de suite quel important parti on pourrait tirer de ces nouvelles données en les appliquant au diagnostic des tumeurs malignes. Celui-ci deviendrait en effet presque facile, si la réaction locale dont nous venons de parler était démontrée ne s'observer que chez les cancéreux, au moins avec une pareille intensité ; de plus l'apparition ou l'exagération des melœna viendrait trahir en outre la localisation intestinale du cancer.

La laparotomie exploratrice doit être considérée aussi comme un mode de traitement, car elle a bien plus en vue la possibilité de ce traitement que le diagnostic lui-même. Considérée comme telle, elle est parfaitement légitimée, et cela d'autant plus qu'elle paraît le seul moyen radical d'élucider le diagnostic étiologique de l'occlusion dont la cause, en dehors de son concours, reste le plus souvent méconnue et laisse la thérapeutique incertaine, inefficace, pendant qu'il s'écoule un temps précieux pour la vie du malade.

DEUXIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'INTESTIN

Il n'est pas suffisant pour aborder avec sécurité la question toujours épineuse du diagnostic d'avoir obtenu de l'observation tout ce qu'il est possible d'en tirer, mais il faut, en outre, et c'est ce que dans la précipitation habituelle, on omet le plus souvent de faire, il faut en outre, dis-je, et de toute nécessité, se préoccuper de grouper tous les symptômes, tous les signes observés par ordre d'importance et s'efforcer d'établir entre eux la loi de leur corrélation ou de leur enchaînement.

Faute de cette précaution, on s'expose, en effet, à méconnaître les associations morbides, à prendre la partie pour le tout et cela peut être même parfois au profit de celui des facteurs de cette association qui est en réalité le plus insignifiant. Ainsi lorsqu'après un minutieux examen du malade, on aura eu la bonne chance de pouvoir

réunir la plupart des éléments du diagnostic, par exemple :

Des troubles fonctionnels du côté de l'intestin — la présence d'une tumeur ou d'un empâtement siégeant sur un point fixe de cet organe — un état cachectique bien accusé.

Eh bien ! Même dans ce cas, il ne faudra pas se presser d'en tirer une conclusion, avant d'avoir établi par une discussion étroite que tous ces symptômes s'enchaînent et se corroborent entre eux. On aura surtout en vue d'établir : d'abord si la tumeur peut être jugée responsable des signes fonctionnels, puis, et principalement, s'il y a une proportionnalité au moins apparente entre la gravité de l'état général, le développement de la tumeur et l'acuité des perturbations fonctionnelles qu'elle entraîne (on pourra se convaincre de par ce qui suit qu'un pareil surcroît de précautions est loin d'être inutile).

Cela posé, nous examinerons successivement, après les avoir rangés par ordre de difficulté croissante tous les principaux cas que l'on peut avoir à envisager dans la pratique, nous distinguerons d'abord deux catégories de faits nettement tranchées.

Dans la première, de beaucoup la moins complexe, on est en face du cancer de l'intestin évoluant suivant une marche lente, continue et non interrompue par les accidents de l'obstruction intestinale.

Dans la seconde catégorie de faits. — Lorsqu'on est appelé auprès du malade, celui-ci est en proie à ces accidents et présente, avec ou sans anamnétique précis, la symptomatologie de l'occlusion ou de l'obstruction intestinale.

Première catégorie de faits cliniques :
Cancer à marche non interrompue par
des accidents d'occlusion.

Le seul signe véritablement pathognomonique du cancer de l'intestin consiste dans la présence de fragments de tumeur dans les selles, sous la réserve qu'ils ont été soumis à un examen microscopique minutieux.

En dehors de la constatation de ce signe précieux entre tous, ce qu'on peut appeler le restant de la symptomatologie du cancer de l'intestin peut être réduit à une sorte de trilogie comprenant :

La présence d'une tumeur ;
Les troubles fonctionnels ;
L'état cachectique.

Malheureusement, ce trépied symptomatique est une entité de la pathologie rarement réalisée en clinique où il faut s'attendre toujours à voir manquer l'un ou l'autre des éléments du diagnostic.

Il nous a semblé que dans l'examen des malades toutes les éventualités logiquement possibles peuvent être ramenées à trois cas, de complexité graduellement croissante, suivant que la symptomatologie se fait de plus en plus pauvre.

Premier cas. Il existe à la fois chez le malade une tumeur perceptible, des troubles fonctionnels, un état cachectique plus ou moins prononcé.

Deuxième cas. La perception d'une tumeur fait défaut, mais il existe concurremment des troubles fonctionnels de la cachexie.

Troisième cas. Il ne reste plus que l'un de ces symptômes à l'exclusion de l'autre.

Premier cas

En dehors de la constatation de fragments de tumeur dans les selles, qui lève d'emblée tous les doutes, c'est le cas le plus simple. Il semble que là, l'ensemble symptomatique soit au complet. Cependant il existe déjà de nombreuses affections qui peuvent le simuler et qu'il est de la plus haute importance de ne pas confondre avec le cancer de l'intestin.

On fera donc le diagnostic :

I. Avec les corps étrangers de l'intestin, qui peuvent non seulement donner la sensation d'une tumeur mais, avoir un retentissement profond sur les fonctions de l'organe et sur l'état général.

II. Avec les tumeurs non cancéreuses développées dans la paroi, qui peuvent agir de même.

III. Avec les tumeurs de nature néoplasique ou non des organes voisins et le déplacement de ceux-ci.

I. CORPS ÉTRANGERS DE L'INTESTIN

Nous comprenons sous cette dénomination collective tous les produits de la stase stercorale (tumeurs stercor-

rales, rétention stercorale), leurs modifications particulières sous forme d'entérolithes, d'égagropiles, etc. Leur origine est évidemment toute physiologique, mais ces productions par leur persistance au delà d'une durée normale finissent tôt ou tard par se comporter à la façon de véritables corps étrangers, responsables non seulement de désordres locaux mais encore d'un retentissement profond sur l'état général, puis, surtout, elles ont pour caractéristique de pouvoir donner la sensation de tumeur.

Tumeurs stercorales. — On peut définir ces produits le résultat de l'agglomération de fèces en une masse compacte généralement bien limitée, susceptible d'acquiescer tous les degrés de dureté, depuis la consistance molle jusqu'à la consistance pierreuse, donnant par la palpation à travers la paroi abdominale une sensation nette de tumeur ou au moins d'empatement qui est le plus souvent le facteur principal d'une erreur de diagnostic. En outre, les tumeurs stercorales bien que d'une origine essentiellement physiologique, pour ainsi dire, sont capables, soit par voie réflexe, soit plus directement par suite de la résorption de toxines qui se produit à leur niveau, de provoquer des troubles généraux très graves et de retentir très profondément sur la nutrition générale au point de créer une véritable cachexie.

On ne songe en général guère aux tumeurs stercorales quand il n'existe pas de constipation dans l'état actuel du malade ou lorsque celui-ci présente de la diarrhée. Or, selon nous, il y a là une erreur très importante à relever et pour de nombreuses raisons : en effet, d'abord les

tumeurs stercorales peuvent être d'origine très ancienne et remonter à plusieurs mois, puis il ne faut pas les considérer comme faisant bouchon dans l'intestin, leur caractéristique est précisément d'être parfaitement compatible avec le cours normal des fèces, percées qu'elles sont généralement soit dans leur centre, soit excentriquement contre la paroi de l'intestin d'une sorte de tunnel assez large pour écarter tout danger d'obstruction immédiate. Aussi, bien que ces productions soient le reliquat d'une stase stercorale antérieure, y a-t-il lieu de les distinguer au point de vue symptomatique de la stase elle-même, qui, intéressant toujours une longue portion du gros intestin, parfois même sa totalité, comporte non seulement une constipation actuelle opiniâtre, mais pour l'avenir un danger permanent d'obstruction.

On conçoit donc qu'une production stercorale affectant les allures d'une tumeur fixe bien isolée puisse être le mobile d'une erreur, erreur peut-être inadmissible en théorie, mais en clinique assez facile à commettre comme cela arrive du reste aux plus éclairés. (Voir obs. II.)

Aussi indiquerons-nous sommairement les caractères qui permettront le plus souvent de reconnaître ce genre de tumeur.

Les tumeurs stercorales, bien qu'étant effectivement un reliquat d'une stase stercorale antérieure ne doivent pas être confondues avec celles-ci. Elles se rencontrent de préférence dans les parties anguleuses et brusquement coudées du gros intestin : aussi le cæcum, l'S iliaque, les angles des côlons sont-ils et par ordre de fréquence le plus souvent le siège de ces productions. Cependant, on peut en rencontrer dans le côlon transverse, et dans ce

cas elles simulent parfaitement bien le cancer de l'estomac comme nous en citons un cas (obs. II).

Or, nous ne pouvons déjà pas tirer du siège aucune différence avec le cancer de l'intestin qui présente précisément les mêmes localisations et dans le même ordre de fréquence : même il est de toute évidence que la présence, en un point du gros intestin, d'un produit stercoral plus ou moins durci qui modifie à ce niveau l'état des tuniques de ce viscère, en jouant le rôle d'un corps irritant, n'est pas étrangère, sinon à l'éclosion du cancer, du moins à son apparition de préférence en ce point chez un prédisposé.

Si l'on ajoute que toute lésion organique néoplasique de l'intestin s'accompagne nécessairement à partir d'un certain degré de son développement d'une stase stercorale en amont, on verra jusqu'à quel point la question, dans certains cas peut être embrouillée. Il ne faut donc pas traiter à la légère toutes ces questions sous prétexte qu'elles sont d'un ordre trop peu élevé : en médecine, nous n'admettons pas de préjugé, surtout quand d'un examen consciencieux dépend la sécurité du malade.

On a donné comme signes pathognomoniques de la nature stercorale d'une tumeur intra-abdominale sa mobilité et sa tendance à la migration vers les parties terminales du tube digestif, enfin leur dépressibilité spéciale au doigt agissant à travers la paroi abdominale et imprimant à la tumeur comme à un bloc d'argile telle ou telle modification de forme qui reste permanente.

Certes, nous ne nions pas que de temps à autre on ne rencontre un cas facile, se prêtant commodément à la perception de ces signes, mais bien que les livres de patholo-

gie se les soient transmis comme un héritage précieux, en s'abstenant toutefois de les commenter, nous pensons qu'il sont plus théoriquement vrais que pratiquement utilisables.

En effet, nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit des données de la palpation ; mais, outre que celle-ci est parfois même difficile au point d'être inutilisable, nous insisterons principalement sur deux faits : c'est que d'abord les tumeurs stercorales ne sont pas aussi mobiles qu'on veut bien le dire si l'on en juge par leur résistance parfois très longue à l'action des purgatifs. Lorsqu'elles sont volumineuses, très dures, ce qui est le cas lorsqu'elles sont anciennes, elles déterminent un épaissement particulier de la muqueuse et de la sous-muqueuse qui a pour résultat de les enchatonner plus ou moins étroitement, c'est qu'enfin, si ces tumeurs sont dures on ne voit pas bien ce que vaut alors le signe de la dépressibilité au doigt.

Aussi, nous pensons que dans les cas douteux seule la thérapeutique pourra faire le diagnostic. De même que l'iodure de potassium est une pierre de touche pour les lésions de nature syphilitique, de même ici les purgatifs seront la vraie pierre de touche, mais ce seront des purgatifs sérieux, drastiques, produisant un flux séro-bilieux très abondant auxquels on devra avoir recours, bien heureux s'il ne naît pas de contre-indications à leur emploi de l'état général du malade et surtout de complications inflammatoires graves du côté de l'intestin.

Le diagnostic mérite donc ici une sérieuse attention quoi qu'on en puisse penser.

Nous mentionnerons aussi les *entérolithes*, aussi appe-

lés *bezoards*. Ces productions sont constituées par un noyau emprunté ordinairement à l'extérieur (graviers, noyaux de fruits, matières fécales endurcies) et par une couche corticale de sels calcaires (phosphate et carbonate de chaux) très condensés.

Les *égagropiles*, qu'on pourrait observer chez l'homme, paraît-il, à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale, seraient constituées dans ce cas par des touffes de fibres ligneuses inattaquables par les sucs digestifs et incrustés aussi à la longue d'une croûte de sels calcaires.

En somme, au point de vue clinique, toutes ces productions se comportent comme des tumeurs stercorales, et comme telles doivent être considérées comme autant de causes d'erreurs.

Ici prennent place deux observations qui permettront de juger de l'importance que ces agents, en apparence banals, prennent en pratique, en raison des méprises auxquelles ils exposent.

OBSERVATION I

Entérolithe pris d'abord pour une appendicite, puis pour un carcinome. — (Jonas, Medical Record, 3 mars 1894.)

L'auteur rapporte le fait suivant précisément dans le but de montrer « les difficultés cliniques qu'on rencontre si souvent pour interpréter un ensemble symptomatique donné. »

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-neuf ans.

Antécédents héréditaires bons.

Antécédents personnels : abcès pelvien en 1883, s'étant résorbé spontanément et ayant complètement guéri malgré une convales-

cence de longue durée. Depuis lors, très bonne santé jusqu'au 13 août 1893 où elle fut prise soudainement de douleurs aiguës à la nuque, descendant le long de la colonne vers la région iléocæcale où elles se localisent. Malade soulagée par des piqûres de morphine, $T = 102$ degrés Fahrenheit.

La malade se lève le 18, mais aussitôt, douleur dans la fosse iliaque droite, où l'on peut désormais percevoir la présence d'une tumeur distincte, de la grosseur d'un œuf de poule, mobile, de consistance molle, déterminant une douleur constante non augmentée par les mouvements communiqués à l'intestin. Léger degré de tympanite. Flatuosités abondantes et faciles. Douleur irradiée à l'épigastre, d'allure spasmodique, de la durée d'une demi-minute.

Pas de vomissements.

Août 27. — Fièvre, augmentation vespérale de 101 à 102 degrés Fahrenheit. Pas de signes de fluctuation, pas de frissons, ni de sueurs profuses.

Août 28. — La tumeur n'a pas augmenté. L'intestin répond aux purgatifs salins, $T = 103$ degrés Fahrenheit, mais bon appétit, mêmes symptômes douloureux traités par la morphine. Peut se coucher les jambes étendues sans augmenter la douleur. Pas de vomissements importants. Sommeil régulier; purgatifs salins répétés, à effet rapide: 6 à 10 selles par jour, normales; potage gras. On trouve cette fois une tumeur de consistance *ferme*, très douloureuse à la palpation. Hyperesthésie légère de la paroi, non mobilité de la tumeur qui a donc complètement changé de caractères. Léger degré de tympanite. Dans l'après-midi, selle diarrhéique renfermant des matières d'origine colique. Aggravation de l'état général.

Août 29. — L'auteur de cette observation mandé par télégramme, en présence de ces symptômes, *porte le diagnostic d'appendicite*.

L'intervention chirurgicale est décidée, proposée, acceptée et a lieu le lendemain: elle permet de reconnaître dans la fosse iliaque droite, un certain nombre d'anses de l'iléon agglutinées par des adhérences au travers desquelles on distingue une tumeur

de la grosseur du poing, à surface irrégulière, bosselée en certains endroits à la manière d'un choux fleur et qui fut considérée comme un néoplasme. Autour de cette masse, on trouvait des anses d'intestin grêle qui paraissaient se perdre dans son intérieur, mais qui, en réalité, la contournaient simplement. Cette tumeur était adhérente à la face interne du méso-côlon ascendant. En raison de l'apparence exactement identique de cette masse avec deux carcinomes récemment opérés par lui, M. Jonas la considéra comme une production de même nature et s'en tint (heureusement comme on va le voir), à une laparotomie simplement exploratrice. Suture de la plaie abdominale. Pronostic défavorable.

3 octobre. — L'opérateur est informé par lettre de l'amélioration de l'état de son opérée.

7 Octobre. — Le mari de la malade lui apprend qu'elle vient de rendre par l'anus, une sorte de pierre de la grosseur d'un citron, de contour irrégulier, noire comme du goudron, dure et rugueuse comme un caillou. Depuis ce moment, l'amélioration est encore plus rapide et la guérison bientôt définitive.

OBSERVATION II (personnelle).

Tumeur fécale du côlon transverse prise pour un cancer de l'estomac.

Mme X .., d'Arbois (Jura), âgée de soixante-quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père et mère morts à un âge avancé d'affection indéterminée.

Antécédents collatéraux. — A encore trois sœurs dont deux ont toujours été bien portantes. La troisième a été opérée il y a deux ans pour une tumeur maligne du sein (récidive actuelle).

Antécédents personnels. — Nuls. Santé antérieure excellente. En février 1893, eczéma généralisé, rebelle à tout traitement, la malade se soigne de son côté et use de la médecine Leroy. Au mois de septembre de la même année, disparition brusque et complète

de l'eczéma, puis réapparition d'une bonne santé jusqu'au mois de janvier 1894. A cette époque apparaissent des troubles dyspeptiques également rebelles qui s'accompagnent d'un amaigrissement inquiétant, progressif. En mars, la face prend une teinte jaune paille très caractérisée, en même temps qu'apparaissent des vomissements alimentaires irréguliers survenant de préférence une heure après le repas sans caractères particuliers, ne renfermant pas de sang. Douleur épigastrique sourde, continue, sans point rachidien. Pas de constipation : selles normales (nous insistons sur ce dernier fait). La malade reste deux mois dans cet état durant lesquels à vrai dire elle n'a été ni soignée ni examinée sérieusement ; puis une rémission étant survenue dans son état, elle veut partir en voyage ; mais, à peine installée dans le véhicule qui devait l'emmenner, les premiers cahots déterminent brusquement à la région épigastrique une douleur tellement violente et persistante que la malade reprend immédiatement le lit. Un médecin immédiatement consulté constate alors, en notre présence, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, bosselée, et paraissant siéger au point le plus déclive de la grande courbure, à peu près également à la hauteur du côlon transverse. Troubles fonctionnels variés : dyspepsie, dégoût des aliments azotés, régurgitations alimentaires une heure après les repas.

Malgré cet ensemble symptomatique que plus d'un aurait pu considérer comme absolument significatif, nous crûmes bon de donner un purgatif huileux pour nous mettre en garde contre une simple tumeur fécale. Il s'ensuivit des selles diarrhéiques abondantes ne contenant aucune matière dure, mais pas la moindre modification de la tumeur, de siège, de consistance ou de volume. Devant ces faits on porta formellement le diagnostic de cancer de l'estomac.

Les jours suivants, l'état général s'aggrave rapidement, l'amaigrissement marche grand train, les yeux s'excavent ; la malade ne tolère pus que les aliments liquides (bouillon, lait).

Selles toujours régulières ; de temps à autre, légère diarrhée. Durée de cet état : 35 jours. Aucun symptôme nouveau. Plusieurs

médecins sont appelés en consultation parmi les plus réputés.

Après une longue discussion à laquelle nous prîmes part, il fut reconnu qu'en effet toutes les probabilités étaient en faveur d'un cancer de l'estomac.

Néanmoins un purgatif fut encore ordonné. Même résultat.

Dès lors, la médication symptomatique est la seule adoptée. Cependant, vingt jours après cette consultation, survient inopinément une douleur syncopale au creux épigastrique, suivie d'une débâcle formidable avec évanouissement subit de la tumeur. Aussi, en peu de temps, guérison totale, au grand étonnement de tous.

La rétention stercorale, dans sa forme commune, est des plus faciles à reconnaître (pourvu qu'on y pense); mais, on a généralement une trop grande tendance à ne pas lui reconnaître la gravité qu'elle a en réalité. Il en résulte qu'on va souvent rechercher très loin des troubles dont elle est seule coupable; même il y a là une source inépuisable d'erreurs de diagnostic.

La rétention stercorale se traduit par un empâtement qui peut remonter très haut sur le trajet du gros intestin, voire même jusqu'au cæcum et au delà. Il peut se produire alors des désordres inflammatoires réactionnels du côté de l'intestin qui se révolte à un moment donné contre son contenu, et, suivant l'intensité de cette réaction, on peut observer depuis l'entérite muco-membraneuse, jusqu'à l'ulcération et la perforation de l'intestin, le tout n'allant pas, bien entendu, sans un état fébrile grave confinant à l'état typhoïde. Enfin, s'il y a perforation, c'est évidemment la péritonite aiguë qui vient terminer la scène; mais, ce n'est point par ces accidents dont la nature est difficilement méconnaissable, que la rétention stercorale est la plus intéressante. Son caractère, de beaucoup

le plus important à notre point de vue, est d'aboutir à la diffusion dans l'économie d'un poison élaboré ou absorbé en abondance au niveau de la muqueuse intestinale et qui s'en va créer au loin des désordres graves; du côté du centre nerveux : de la céphalalgie, de la mélancolie, des idées de suicide, de la neurasthénie, l'impuissance absolue au travail intellectuel, la dyspnée et l'arythmie nerveuses, etc., autant de troubles que l'on doit considérer comme un épisode local d'une affection qui, intéressant la nutrition de l'organisme tout entier, prépare sa déchéance, le mène peu à peu à la cachexie finale en frappant chacun de ses éléments dans son processus de nutrition intime.

Il est donc bien entendu que la rétention stercorale peut créer un état cachectique dont la gravité n'a rien à envier à celle de la cachexie cancéreuse et qui ne saurait servir, par conséquent, de caractère différentiel avec celle-ci. Cela est d'autant plus vrai, nous ne saurions trop le répéter que le cancer, du moins chez les arthritiques, dont il est plus généralement le triste apanage, est la plupart du temps précédé d'une période de constipation dont les origines sont très lointaines.

II. TUMEURS NON CANCÉREUSES DÉVELOPPÉES DANS LA PAROI DE L'INTESTIN

- a) Invagination chronique : boudin d'invagination.
- b) Tuberculose intestinale.
- c) Péritonite chronique tuberculeuse (considérée comme lésion souvent associée à la précédente).
- d) Kyste hydatique de l'intestin.

a) *Le diagnostic entre l'invagination chronique et le cancer* mérite également une grande attention, car ici encore la symptomatologie est identique dans ses grands traits. De part et d'autre, en effet, nous pouvons rencontrer : la tumeur, les troubles fonctionnels, et même l'hémorragie, les accidents dus au rétrécissement de l'intestin, l'état cachectique plus ou moins prononcé.

Aussi chercherons-nous les différences dans le détail :

Si nous interrogeons le caractère de la douleur, nous lui trouvons une allure tout à fait particulière dans l'invagination. Au lieu d'être sourde, supportable comme c'est le cas le plus général dans le cancer de l'intestin, elle rend ici au contraire une excessive acuité.

C'est une sensation angoissante de brûlure, de pincement et même d'arrachement. En somme, la colique de l'invagination est une véritable tranchée; de plus, elle est assez généralement suivie d'une diarrhée muco-sanguinolente qui rappelle la dysenterie.

Lorsque la tumeur de l'invagination peut être perçue, elle se montre alors avec une forme bien particulière, dite « en boudin » et peut, par la netteté de certains de ses caractères, comporter une certitude presque absolue dans le diagnostic : Le boudin et plus ou moins allongé suivant l'étendue de l'invagination, on l'observe sur toutes les parties de l'intestin, mais beaucoup plus fréquemment au niveau du cæcum et de l'S iliaque.

La consistance du boudin d'invagination est variable suivant son état de vacuité ou de réplétion; ce fait rend compte de la disparition et de la réapparition successive qu'on observe parfois. Bien plus, les palpations répétées

auraient pour effet de la rendre momentanément turgescente et plus facilement perceptible. Inversement par un repos prolongé la tumeur paraîtrait diminuer de volume ; du moins, Rafinesque fait-il de ces signes un ensemble pathognomonique.

Lorsque l'invagination siège au niveau de l'S iliaque, le cæcum, cela va de soi, est plus ou moins remonté à droite tandis qu'à gauche on observe plutôt un renflement du gros intestin dans la fosse iliaque (signe de Dance, *Répertoire d'anatomie et de physiol.* 1826).

Nous retrouverons plus loin, à propos du diagnostic étiologique de l'obstruction, des données plus complètes sur l'invagination, qui seraient du reste ici presque superflues pour reconnaître ce genre de tumeur.

b) *La tuberculose intestinale* ne se présente pas toujours, tant s'en faut, sous la forme d'entérite diffuse à symptômes bien tranchés, tels que : violentes douleurs, évacuations diarrhéiques teintées de sang, abondantes et impérieuses, accompagnées d'un état général mauvais, de lésions pulmonaires très avancées, etc. ; mais il existe une forme clinique de tuberculose de l'intestin localisé en certains points, presque toujours à la région iléo-cæcale, qui évolue avec les cellules d'un néoplasme et présente un intérêt tout particulier au point de vue du diagnostic avec le cancer de l'intestin.

La forme néoplasique de la tuberculose iléo-cæcale est caractérisée par la présence d'une tumeur située dans la fosse iliaque droite, de volume variable, de consistance dure et bosselée, de forme arrondie ou cylindrique, mobile ou au contraire fixe, suivant le degré des adhérences aux

parties voisines, très sensible à la pression. Les signes fonctionnels sont ceux du rétrécissement progressif de l'intestin ; il s'y joint des crises douloureuses périodiques et des alternatives de diarrhée et de constipation. Le diagnostic avec le cancer sera fondé surtout sur la marche de la maladie, plus silencieuse dans le cancer où elle ne s'accompagne pas de douleurs aussi intenses et où elle évolue plus rapidement ; enfin sur des considérations d'âge et d'hérédité. Peut-être la recherche des bacilles de Koch dans les selles, si la technique en était sur ce point devenue pratique, serait-elle décisive pour le diagnostic avec le cancer.

Ce diagnostic est du reste de la plus haute importance, car, d'après l'auteur qui a jusqu'ici le mieux étudié la tuberculose locale chronique iléo-cæcale (Benoit, th. Paris, 1893), cette affection, au point de vue de sa fréquence, occuperait l'un des premiers rangs parmi les tuberculoses viscérales, après celle du poumon.

Aussi, croyons-nous très utile de reproduire ici quelques observations de nature à montrer combien est facile la confusion entre la tuberculose et le cancer de la région iléo-cæcale, et combien la distinction de ces deux affections si différemment curables mérite d'exercer la sagacité du clinicien. Au plus, la difficulté est facile à prévoir *a priori*. En effet, nous sommes ici en présence de deux lésions organiques, tuberculose et cancer, toutes deux cachectisantes, toutes deux se traduisant par la présence d'une tumeur ; ici, en effet, la tuberculose prend la forme d'une infiltration dense qui, en épaisissant considérablement la paroi de l'intestin, ou en se propageant au péritoine voisin, communique à l'ensemble de ces tissus un

degré de consistance, une induration anormale, dont la résultante est de donner, à la palpation, la sensation très nette d'une tumeur.

OBSERVATION III (résumée).

Tuberculose du cæcum prise pour un néoplasme de l'intestin grêle. — (R. Marie, *Soc. anatom.*, 15 juin 1894.)

J.-M..., trente-neuf ans, entre le 26 avril 1894 dans le service de M. Nélaton, à Tenon.

Douleur continue dans le flanc droit irradiée à l'hypogastre, pas de troubles fonctionnels, ni diarrhée, ni constipation.

Amaigrissement considérable. Changement de coloration de la peau qui devient terreuse et jaunâtre.

Rien aux poumons.

La palpation révèle dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur dure, lisse, du volume d'une mandarine, diagnostiquée néoplasme de l'intestin grêle.

Laparotomie. Résection de la portion iléo-cæcale.

Mort par péritonite deux jours après.

A l'autopsie, tumeur occupant la région iléo-cæcale, englobant la valvule, remontant à 4 ou 5 centimètres sur l'intestin grêle et se traduisant du côté du cæcum par une hypertrophie considérable de sa paroi.

A l'examen histologique, gros tubercules de la sous-muqueuse, caséifiés au centre, limités à la périphérie par une zone où l'on trouve des cellules géantes en nombre considérable.

La muqueuse de l'intestin grêle près la valvule présente quelques végétations polypeuses constituées par une agglomération de glandes pelotonnées, le tout farci par endroit de cellules géantes.

Les ganglions enlevés avec la tumeur sont caséifiés; à la périphérie de la coupe, bordure de cellules géantes.

Aux poumons quelques cicatrices du sommet, deux tubercules enkystés.

OBSERVATION IV (résumée).

(Hartmann et Pilliet, *Soc. anatom.*, 31 juillet 1891). Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région.

Egyptienne de vingt-cinq ans, malade, pâle, sans appétit, se plaignant de douleurs abdominales et d'une diarrhée d'odeur infecte. Léger mouvement fébrile. L'auscultation ne révèle rien aux poumons. Le ventre ballonné ne se laisse pas déprimer et l'examen local ne fait constater qu'une légère diminution de sonorité dans la fosse iliaque droite, en même temps qu'une sensibilité très vive à ce niveau.

Le palper pratiqué sous l'anesthésie permet de constater de la manière la plus nette l'existence dans la fosse iliaque droite d'un boudin dur, du volume du poignet d'un enfant nouveau-né, remontant profondément vers le flanc et semblant faire corps avec la paroi du bassin.

M. Terrier, pensant à l'existence d'un petit foyer suppuré juxta-appendiculaire accompagné de péritonite chronique, opère la malade.

L'opération permet de reconnaître un appendice ratatiné en même temps qu'épaissi et formant une espèce de corne volumineuse, adhérente au cæcum et à la terminaison de l'iléon.

L'excision de cette tumeur présente des suites opératoires très simples et la malade guérit de son opération.

L'examen microscopique montre les lésions suivantes : la muqueuse est très épaissie. Le revêtement épithélial fait complètement défaut, ainsi que les glandes en tube qui ont disparu. On voit de place en place des follicules tuberculeux allongés et la comparaison de leurs différentes figures peut permettre de les regarder comme des glandes en tube transformées. Les accumula-

tions de cellules embryonnaires sont en effet groupées suivant une direction qui représente l'axe de la glande primitive. C'est également dans cette direction que sont déposés les produits caséux.

Tout autour existe une infiltration embryonnaire énorme qui transforme complètement le tissu et lui donne un aspect véritablement sarcomateux.

A la limite de la musculaire et de la séreuse, c'est-à-dire dans la zone des lymphatiques sous-séreux, on rencontre une infiltration embryonnaire marquée, disposée en nodules qui circonscrivent des vaisseaux larges étoilés ayant évidemment le caractère de lymphatiques et par endroits thrombosés en une masse caséuse.

OBSERVATION V (résumée).

Tuberculose du cæcum simulant le cancer. (Estor, Nouveau Montpellier médical, 1892.)

Homme de trente-deux ans. Constitution faible. Les divers organes sont sains à l'exception de l'appareil digestif dont les fonctions sont sérieusement troublées. Pas d'appétit, vomissements fécaloïdes, constipation. Par la palpation on reconnaît l'existence d'une tumeur au niveau du cæcum. Engorgement ganglionnaire au niveau de l'aîne droite.

Au point de vue de l'étiologie, la profession du malade (polisseur d'agate) mérite d'être retenue. Pour polir l'agate, l'ouvrier est couché sur le ventre, ce dernier reposant sur un tabouret de bois non rembourré. Il travaille dans cette position douze heures par jour.

En raison des signes d'obstruction intestinale l'extirpation du cæcum fut décidée et pratiquée : le diagnostic apporté avait été celui de « tumeur du cæcum ».

L'opération conduisit en effet sur une tumeur occupant les parties supérieure du cæcum et inférieure du côlon ascendant qui fut enlevée avec succès.

La tumeur présente une forme cylindrique en rapport avec celle de l'intestin. Elle a 6 centimètres de large sur 10 à 12 de long. La section a porté en plein tissu sain, de sorte que la portion réséquée a 20 centimètres de longueur ; sur la coupe de la tumeur, on retrouve à peine trace de la lumière intestinale.

La valvule iléo-cæcale était saine.

A l'examen microscopique, on reconnaît que l'épaississement considérable de la paroi intestinale est due à l'hypertrophie du tissu conjonctif dans lequel on trouve des tubercules disséminés, ou réunis en masse. L'épaisseur de cette paroi est de plus augmentée par des ganglions lymphatiques et du tissu adipeux qui lui sont intimement soudés. La muqueuse intestinale est chroniquement enflammée, mais ne présente pas de tubercules. La tuberculose a surtout envahi la sous-muqueuse et les couches externes de la paroi.

Cette étude de la tuberculose iléo-cæcale comporte, comme complément presque forcé, celle de la péritonite chronique tuberculeuse, qui l'accompagne, en effet, souvent.

c) *La péritonite chronique tuberculeuse* peut très bien se localiser dans les mésentères, la mésentère, le grand épiploon au voisinage immédiat de l'intestin, et soit en se propageant à cet organe lui-même, soit en agglutinant certaines de ses anses, elle peut simuler à la palpation l'existence d'une tumeur d'autant plus facilement perceptible que cette forme de péritonite à vrai dire fibreuse ne donne pas d'épanchement appréciable. S'il existe au début un peu d'exsudat liquide, celui-ci, contrairement à ce qui se passe pour la péritonite tuberculeuse franche, reste stationnaire ou s'enkyste dans les parties déclives et s'y caseifie. Cependant, malgré l'absence de troubles fonc-

tionnels du côté de l'intestin, l'amaigrissement marche son train, le malade se cachectise, et si en l'absence de signes particuliers du côté du poumon, l'existence d'une tumeur intra-abdominale prend dans cet ensemble symptomatique une place prépondérante, l'esprit se trouve naturellement porté à admettre un néoplasme.

Heureusement, dans un pareil cas, l'entérite tuberculeuse apparaît tôt ou tard et vient ainsi lever les doutes. La pleurésie intercurrente, lorsqu'elle se développe en dehors de l'ascite, peut être considérée aussi comme un des meilleurs signes de la nature tuberculeuse de l'empatement ou de la tumeur perçue dans la cavité abdominale.

Enfin, l'envahissement de l'appareil génito-urinaire est très fréquent dans ce mode de péritonite chronique tuberculeuse, soit sous forme de cystite, de tuberculose prostatique ou épididymaire. Aussi le toucher rectal ne devra-t-il jamais être négligé, tant est précieuse dans l'espèce l'indication fournie par l'état de la prostate.

Il existe d'autres formes de péritonite chronique, de nature plus bénigne, non spécifiques, presque toujours consécutives à un état inflammatoire ancien des tuniques intestinales. Ainsi, la pérityphlite, dont le diagnostic rétrospectif n'est généralement pas malaisé.

d) *Le kyste hydatique de l'intestin* sera mentionné ici pour mémoire au nombre des tumeurs non cancéreuses développées dans la paroi intestinale. Il en existe une observation rapportée par Davenne. Son extrême rareté permet donc de ne pas s'en préoccuper en clinique.

III. TUMEURS DÉVELOPPÉES EN DEHORS DE L'INTESTIN

Les tumeurs développées aux dépens des organes voisins ne sauraient être toutes passées en revue dans un travail aussi limité. Cela équivaldrait, en effet, à retracer la séméiologie de chaque type de tumeur intra abdominale. Néanmoins, nous étudierons rapidement comme causes d'erreurs les plus fréquentes relevant du voisinage, le rein flottant, les abcès de la fosse iliaque, les néoplasmes de l'ovaire et le cancer primitif du péritoine.

Le rein flottant par sa grande mobilité peut se mettre en rapport avec une portion quelconque de l'intestin et simuler une tumeur développée à ce niveau.

Inversement une tumeur de l'intestin jouissant d'une grande mobilité, très sensible à la pression peut à son tour être confondue avec un rein flottant. Seule la crise d'hydronéphrose peut venir éclairer le diagnostic. En dehors de ce signe, l'erreur est possible; nous en avons observé un cas très intéressant à plus d'un point de vue et relaté dans l'observation suivante:

OBSERVATION VI (personnelle).

Cancer du cæcum pris pour un rein flottant.

B..., Joseph, âgé de trente-six ans, entré dans le service de M. le professeur Poncet, le 18 décembre 1893, salle Saint-Philippe, lit 1.

Antécédents héréditaires et collatéraux, nuls.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure. Goutte militaire. Hématuries récentes survenues pendant le coït. Alcoolisme récent.

Histoire de la maladie. — Le malade souffre depuis un mois dans le flanc droit, en un point qu'il ne sait pas préciser, d'une douleur sourde, gravative, qui est devenue insupportable ces jours derniers et pour laquelle il est entré à l'hôpital.

État actuel. — L'état général paraît satisfaisant : il s'agit d'un sujet de corpulence moyenne, bien musclé ; teinte subictérique très légère des conjonctives. Facies hâlé.

Rien aux poumons.

Du côté de l'appareil digestif, langue saburrale, appétit capricieux, diminué, coliques très vives, ayant leur maximum d'intensité dans l'hypocondre droit ; dans leur intervalle, le malade souffre d'une douleur sourde qu'il compare à la pression d'une masse très pesante. La constipation, habituelle chez le malade, n'a pas cédé à un premier purgatif. Urines normales.

A la palpation, on peut reconnaître profondément tantôt dans l'hypocondre droit, tantôt dans la fosse iliaque droite, une tumeur mobile au niveau de laquelle la pression est très douloureuse. Devant ces caractères, le diagnostic « rein flottant » est admis à l'unanimité.

Le malade est opéré le lendemain de son entrée par M. le professeur Poncet.

L'incision de la néphrectomie par la voie lombaire conduit sur un rein parfaitement normal au point de vue du siège anatomique et de la fixité. Aussi la main du chirurgien s'en va-t-elle chercher plus avant et reconnaît une tumeur inégale, bosselée, mal limitée, paraissant appartenir à l'intestin.

Cette tumeur, qui paraît suivant toutes les probabilités être un néoplasme, est abandonnée à elle-même et l'opération se limite dès lors à la suture de la plaie pariétale.

Suites opératoires très simples, quelques vomissements au réveil. Le lendemain, le malade se déclare considérablement soulagé et mange avec appétit. Il quitte l'hôpital le 6 janvier 1894, aussitôt après la cicatrisation de sa plaie opératoire qui a lieu par

première intention, et se trouvant en fin de compte très amélioré, bien que l'intervention ait bien évidemment manqué son but.

Plus d'un an après, le 21 février 1895, le malade faisait appeler M. le professeur agrégé Jaboulay, réclamant instamment une intervention pour le délivrer de ses douleurs qui étaient revenues peu à peu et plus insupportables que par le passé. En outre, l'état général s'était considérablement aggravé. L'ensemble de son individu donnait l'impression d'une profonde cachexie. L'intervention permit de reconnaître, nettement cette fois, l'existence d'un cancer du cæcum, qui en était donc au moins au quinzième mois de son évolution. L'opération dut se borner à quelques débridements qui eurent pour résultat de diminuer beaucoup les douleurs du malade. Celui-ci mourut par cachexie progressive le 13 juillet 1895.

Les foyers suppurés de la fosse iliaque, quand ils sont bien collectés et sous tension donnent parfois une sensation de tumeur bien limitée qui peut persister un temps très long sans se modifier. Parmi ceux-ci il faut ranger surtout les abcès froids symptomatiques d'une lésion osseuse et les adénites tuberculeuses suppurées des ganglions de la fosse iliaque ; mais, dans l'examen d'un malade qui pourrait faire croire à une affection de cette nature, il sera bon de se rappeler, comme le montre l'observation suivante, qu'un néoplasme développé au même niveau peut créer dans son voisinage immédiat un véritable phlegmon circonscrit.

OBSERVATION VII

Epithéliome de l'S iliaque pris pour une tumeur tuberculeuse des ganglions iliaques (Laveran, *Progrès médical*, 1875.)

H.... soldat de la Garde républicainé, entre au Val-de-Grâce, le 21 novembre 1874, salle 26, lit 6. Agé de vingt-ans. Séjour pour syphilis, il y a trois mois.

Anorexie. Amaigrissement général. Pommettes saillantes. Habitus extérieur d'un phthisique.

Tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'une pomme moyenne, dans la fosse iliaque gauche, adhérente aux plans profonds.

Irradiation douloureuse le long des branches du plexus crural, durant la marche. Pas de gêne circulatoire. Pas de troubles intestinaux. Les purgatifs sont sans action.

Fièvre hectique le soir, 39 à 40 degrés, avec rémission matutinale à la normale.

Les amers ne modifient pas l'anorexie.

En présence de ces divers symptômes, et surtout en raison de la fièvre hectique, de l'absence de troubles fonctionnels du côté de l'intestin, le diagnostic porté fut celui de *tumeur tuberculeuse des ganglions iliaques*.

Aggravation pendant le mois de décembre. La tumeur naguère indolore devient intolérable. Contracture des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin et attitude du psôitis.

Dans les derniers jours du mois de décembre, un abcès tend à se faire jour au dehors de l'arcade de Fallope. Le diagnostic paraît donc se vérifier de plus en plus jusqu'à la mort, mais on renonce à toute intervention en raison de l'état général du malade qui, en effet, ne tarde pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva, sur l'S iliaque, une tumeur d'environ 10 centimètres de diamètre, dans tous les sens, et que l'examen histologique démontra être du type épithélial. Cet épithéliome

était l'origine du phlegmon de la fosse iliaque gauche, source des phénomènes fébriles dont nous avons parlé.

Les kystes de l'ovaire ne paraissent pas susceptibles d'être confondus avec le cancer de l'intestin ; mais il n'en est pas de même du *cancer de l'ovaire* qui se propage rapidement aux organes voisins, notamment au péritoine, provoque du péritonisme, de l'ascite, de l'œdème cachectique et quelquefois des troubles fonctionnels du côté de l'intestin, soit par voie réflexe, soit directement par extension à ce viscère. A cette période le diagnostic différentiel peut être impossible ; mais au début, les douleurs, le facies ovarien (facies utérin), les signes fournis par le toucher vaginal, l'absence de signes fonctionnels du côté de l'intestin rendront le diagnostic facile.

Nous ne pouvons également passer sous silence le *cancer primitif du péritoine* que nous mentionnons en dernier lieu à cause de sa rareté.

Le diagnostic avec le cancer de l'intestin-pourrait être difficile en raison de la constipation opiniâtre, symptôme commun à ces deux affections, si l'envahissement précoce de la paroi abdominale n'était pas un caractère propre du cancer du péritoine. La région ombilicale est la plus rapidement envahie ; les faits de cancer à l'ombilic sont, en effet, communs à la suite des cancers du péritoine. Il y a propagation par la face péritonéale de l'ombilic, et, en raison du peu d'épaisseur de la paroi à ce niveau, la tumeur peut venir émerger à l'extérieur.

L'envahissement des ganglions inguinaux est ici la règle. L'ascite qui accompagne presque infailliblement le cancer du péritoine ne va pas généralement sans un certain

degré de pleurésie de voisinage caractérisé par de la matité aux bases. Lorsque la plèvre est envahie elle-même, il y a pleurésie hémorragique franche.

Il existe, en outre, de la péritonite, un péritonisme toujours plus ou moins accentué qu'on peut aussi observer dans le cancer de l'intestin, mais qui est alors beaucoup plus tardif.

Le cancer secondaire du péritoine peut affecter aussi la même forme que le cancer primitif. Nous avons mentionné plus haut les principaux caractères de sa forme la plus commune.

Deuxième et troisième cas.

Lorsque la perception d'une tumeur fait défaut, lorsqu'il existe concurremment des troubles fonctionnels et de la cachexie, on portera toute son attention sur l'étude des troubles fonctionnels. Parmi ceux-ci on se préoccupera avant tout de savoir s'ils comprennent des hémorragies intestinales.

Si oui, il faudra faire le diagnostic avec toutes les affections de l'intestin capables d'en provoquer ; si non, les recherches deviendront encore plus difficiles, les autres symptômes étant la plupart du temps d'une grande banalité ; mais on s'orientera cependant vers les affections dyscrasiques à retentissement secondaire sur l'intestin.

En somme, nous ferons le diagnostic :

- 1° Avec les affections hémorragipares de l'intestin ;
- 2° Avec les affections non hémorragipares.

AFFECTIONS HÉMORRAGIQUES DE L'INTESTIN

La constipation ancienne par la persistance de scybales durcies et rugueuses qui blessent la muqueuse intestinale peut à elle seule provoquer une entérorragie, mais il est rare que dans ce cas le corps du délit ne puisse être révélé par la palpation.

Tous les corps étrangers peuvent produire le même résultat; mais les degrés de tolérance sont très variables suivant les individus. Hénocq raconte qu'un homme avait une entérorragie chaque fois qu'il mangeait des grives. Il avait en effet l'habitude d'avaler les os tels quels, et, ceux-ci, ne pouvant se dissoudre dans l'intestin, finissaient par le blesser.

Les lésions ulcéreuses de l'intestin donnent quelquefois des hémorragies formidables dont l'abondance même pourra servir à les distinguer de celles du cancer qui sont plutôt des suintements. Pour celles de la fièvre typhoïde, le diagnostic étiologique ne saurait être mis en question, toutefois dans les cas insolites, il ne sera pas mauvais de songer au type ambulatoire.

L'entérite tuberculeuse ne donne guère que des selles sanguinolentes dont l'excessive fétidité est bien plus le caractère dominant que leur imprégnation de sang. Toutefois, dans la phtisie aiguë, la perte de sang peut être considérable par cette voie; peu importe, car ici l'origine de l'hémorragie ne saurait être douteuse.

Dans la dysenterie, les garde-robes deviennent sanglantes quand les ulcérations sont constituées et lorsque

l'élimination de lambeaux de muqueuse commence. Aussi, la présence dans les selles des membranes vulgairement appelées « raclures de boyaux », les anamnestiques, etc., ne laissent aucune incertitude.

L'ulcère simple du duodénum, très fréquent, donne une perte de sang soudaine et abondante qui se manifeste pour la première fois peu de temps après le repas, s'accompagne d'une violente colique et de tous les signes d'une hémorragie interne grave. Il existe du reste des symptômes généralement assez nets de cet ulcère en dehors des hémorragies qu'il provoque.

Les hémorroïdes ne sauraient être méconnues sans qu'il y ait de la faute du médecin qui doit toujours pratiquer le toucher rectal, chaque fois qu'il s'agit d'hémorragies intestinales. Le toucher pourra lui révéler, en effet, en outre des hémorroïdes, l'existence d'un polype du rectum, d'un corps étranger qu'il ne doit pas laisser passer inaperçu.

La cirrhose atrophique sera toujours recherchée. Elle provoque, en effet, en développant toutes les voies collatérales de retour la turgescence des veines qui rampent dans la paroi du tube digestif, et cela dans toute son étendue, depuis le rectum jusqu'à l'œsophage. Il en résulte la production de varices internes qui peuvent très bien être hémorrhagipares.

Bien plus, les entérorragies qui se produisent par ce mécanisme précédent souvent l'ascite et peuvent se produire à une période où la cirrhose atrophique est difficilement reconnue. Il va sans dire que toutes les causes mécaniques aboutissant à la congestion des veines intestinales devront être recherchées; toutes celles d'abord qui agi-

sent dans le même sens que la cirrhose atrophique : la thrombose de la veine porte, la pyléphlébite, le cancer du foie ; puis les maladies chroniques du cœur et du poumon aboutissant à l'insuffisance triscuspidiennne et par conséquent au reflux systolique d'une partie de l'ondée sanguine du ventricule droit dans le système veineux de la grande circulation qui tend à se dilater considérablement partout où il peut le faire (foie, rein, intestin).

De ce côté, cela va sans dire, l'auscultation permet de mettre le doigt, sur la cause de l'entérorragie.

Nous citerons encore deux groupes d'agents capables de provoquer l'hémorragie intestinale. Les parasites intestinaux et les maladies infectieuses.

L'helminthiase peut se traduire par des troubles variés du côté de l'intestin, douleurs vives, entérite pseudo-membraneuse, ulcérations et hémorragie. Cette dernière acquiert son maximum d'importance avec l'ascaride lombricoïde qui peut pulluler au point d'être cause d'accidents d'occlusion.

Contrairement à ce qu'on lit dans certains livres, l'ankylostomiasie duodénale produit rarement d'entérorragie, du moins dans nos pays. En outre, dans cette affection, la constipation est bien plus ordinaire que la diarrhée.

Les selles des sujets atteints d'oxyures peuvent au plus être striées de sang : du reste, pour ces petits vers on peut dire que le diagnostic est sous la main, leur recherche ne souffrant pas grande difficulté. Les tœnias ne paraissent pas être responsables d'hémorragies intestinales. Celles-ci en somme ne se rencontrent guère qu'avec l'ascaride et l'anguillule de la diarrhée de Cochinchine.

Le diagnostic des parasites intestinaux, et par le fait de

l'hémorragie qui leur serait due, sera en général rendu facile par la prédominance des symptômes nerveux, vertiges, gastralgie, coliques, crampes, prurit du nez, bourdonnement d'oreilles, troubles visuels insolites et passagers, et surtout une sensation particulière de picotement à la gorge accompagnée ou non de nausées. L'amaigrissement peut être extrême et prendre les proportions d'une véritable cachexie. Aussi, ne faut-il pas craindre de recourir au seul élément de diagnostic qui comporte une certitude absolue, à l'examen des selles qui révélera des fragments de tœnia, des ascarides tout entiers, des œufs de parasites, etc., surtout si l'on a pris la précaution, au préalable, comme on doit toujours le faire, d'administrer un vermifuge sérieux.

Pour les maladies infectieuses capables de produire de l'entérorragie, nous nous bornerons à mentionner les principales, car nous ~~entrons~~ entrons là dans une série d'affections qui ne sauraient, à vrai dire, être confondues avec le cancer. Il suffira de citer les hémorragies intestinales du scorbut, du purpura, de la pyohémie, de la septicémie, du typhus et du choléra asiatique, toutes remarquables par leur rareté au cours de ces maladies mêmes. Nous terminerons cette énumération par une affection de nature indéterminée, l'hémophilie, qu'il sera consolant de conserver au moins comme diagnostic provisoire, si on n'a pas pu démêler la vraie cause des mœlena.

AFFECTIONS NON HÉMORRAGIPARES

. Elles ne nous arrêteront pas, car elles nous entraîneraient trop loin de notre sujet.

La principale des affections qui puisse entraîner des troubles fonctionnels du côté de l'intestin avec un état général de dépérissement, mais sans mœlena, est encore et toujours la constipation invétérée, véritable Protée qu'il faut savoir poursuivre sous toutes ses formes. Nous l'avons assez étudiée pour ne pas y revenir ici.

La dyspepsie chronique et la chlorose avec troubles gastro-intestinaux n'agissent pas autrement.

L'entérite tuberculeuse a déjà été signalée dans ses traits essentiels.

Nous ne saurions, du reste, pousser plus loin ce diagnostic différentiel ; les hypothèses qu'on peut agiter dans ce deuxième groupe de faits sont variables à l'infini, et cependant il est encore des cas plus complexes de cancer de l'intestin où, pendant longtemps, il n'y a eu que de la cachexie, ou que des troubles fonctionnels, ou même aucun symptôme ne s'est manifesté jusqu'à l'occlusion qui est ainsi devenue le premier en date !

**Deuxième catégorie de faits cliniques :
Accidents d'occlusion ou d'obstruction
intestinale.**

Ici notre étude se complique de plus en plus et pour la simplifier dans la mesure du possible tout en restant d'accord avec la réalité des choses, il nous paraît logique de diviser encore les faits qui rentrent dans cette deuxième catégorie en deux groupes bien différents au point de vue de leur complexité clinique.

Dans le premier, nous rangerons les cas les plus faciles

à élucider, c'est-à-dire ceux où les accidents actuels ont été précédés d'une période prémonitoire dont les anamnétiques renferment les éléments d'un diagnostic rétrospectif.

Dans le deuxième groupe, nous comprenons les cas presque indéchiffrables où l'occlusion apparaît en pleine santé apparente et nous cherchons alors s'il existe une modalité d'occlusion propre au cancer de l'intestin.

Il y a donc lieu d'examiner successivement comme hypothèses possibles les divers agents d'occlusion et, pour distinguer les diverses modalités symptomatiques qu'ils entraînent, nous indiquerons brièvement leurs caractères dominants les plus aptes à permettre de les différencier les uns des autres et surtout d'avec le cancer de l'intestin.

L'ordre que nous suivrons dans cette revision ne saurait être celui de la classification habituelle des causes d'occlusion, obligé que nous sommes d'en opérer la dislocation pour les séparer et les étudier isolément de la façon suivante :

1° *Dans notre premier groupe*, nous comprendrons les agents d'occlusion qui, par leur installation progressive, comportent une phase prémonitoire de troubles variés ;

2° *Dans notre deuxième groupe* nous étudierons ceux qui, se caractérisant par leur soudaineté et leur constitution instantanée, surviennent en dehors de tout état pathologique antérieur, comme cela est évident pour l'étranglement par volvulus, nœuds, coudures, diverticules, hernies internes, spasme, etc.

PREMIER GROUPE

(Nous mentionnerons successivement les premiers dans l'ordre approximatif de leur fréquence relative et par conséquent de leur importance pratique.)

Nous ne donnerons pas au cancer de l'intestin la place qu'il mérite dans cette revision, préférant terminer par lui cette partie de notre étude. Il nous a semblé prudent, en effet, pour faire un bon diagnostic par élimination, de ne discuter l'hypothèse d'un cancer, comme agent d'occlusion qu'après avoir tout d'abord écarté les autres.

C'est l'obstruction stercorale dans laquelle les troubles prémonitoires sont incontestablement les plus nombreux et les plus nets. On note en effet dans les antécédents des périodes de constipation prolongée suivies de formidables débâcles, de l'entérite muco-membraneuse ou glaireuse. Le malade peut accuser simplement de la diarrhée dans les derniers temps qui précèdent les accidents actuels. Or, ce fait ne doit jamais faire éliminer à lui seul le diagnostic d'obstruction stercorale, car il peut se produire une diarrhée abondante alors que le gros intestin est à peu près totalement encombré. Il peut, en effet, se produire, à un moment donné, une fluxion catarrhale du côté de la muqueuse intestinale; par inflammation de celle-ci, et, le liquide qui en est le produit filtre ou s'insinue entre la paroi de l'intestin et son contenu pour s'acheminer ainsi librement vers l'extérieur. Il arrive pour la même raison qu'un purgatif soit rendu sans avoir réussi à entraîner la masse encombrante.

Bien que l'obstruction par masses fécales soit plutôt le type de l'occlusion chronique, les accidents de l'occlusion aiguë peuvent se déclarer à un moment donné. Ils éclatent lorsque la paralysie de la paroi est devenue complète et toute progression, tout tassément des fèces, ainsi rendu impossible. Elle est généralement précédée par l'apparition d'un point douloureux fixe au niveau du cæcum ou de l'S iliaque, symptomatique du début de l'altération de la paroi intestinale qui va bientôt aboutir à la paralysie.

Du côté de l'état général, il existe des symptômes parfois très alarmants dus à l'intoxication stercorale ; c'est de l'insomnie absolue, de l'accablement pendant la journée, des bouffées de chaleur, de l'anorexie, etc. Il existe aussi une tendance marquée à la mélancolie et à l'hypocondrie. Cet ensemble symptomatique ne peut guère appartenir qu'à la constipation chronique, rebelle à tout traitement : il a donc une importance considérable et on le recherchera avec le plus grand soin dans l'interrogatoire du malade en s'efforçant aussi de démêler les causes qui ont pu chez lui créer ou entretenir la coprostase, l'âge, le sexe et ses exigences particulières chez la femme, la vie sédentaire, la suralimentation, etc.

Mais l'occlusion est déclarée ; a-t-elle une allure particulière ici ? Certes oui, en général : les vomissements sont tardifs et contrairement à ce qu'on pourrait présumer rarement fécaloïdes. Le ballonnement est plus lent à se produire que lorsqu'il s'agit d'une lésion organique. Aussi est-il bien plus fréquent de pouvoir déceler la coprostase par la palpation qui donne au niveau des côlons la sensation d'une tuméfaction pâteuse allongée parfois en boudin au niveau de l'S iliaque.

L'occlusion aiguë par rétention stercorale s'amende généralement, c'est une des moins graves en elle-même, d'abord parce que c'est à peu près la seule sur laquelle la thérapeutique ait une prise efficace, mais le danger est surtout du côté de la perforation de l'intestin. Aussi la péritonite en est souvent la terminaison fatale.

Telle est, dans son allure la plus commune, l'obstruction stercorale sans contredire la plus fréquente de toutes.

On peut annexer à ce mode d'obstruction celle qui se produit par corps étrangers divers de la cavité intestinale entérolithes, calculs biliaires, etc. Pour ces derniers, on aura pour se guider l'âge et les commémoratifs. Il s'agit presque toujours de vieilles femmes qui ont déjà présenté des symptômes de lithiase biliaire. De plus, dans cette forme d'occlusion, les vomissements sont, en général peu abondants; mais, surtout les symptômes de dépression nerveuse sont peu marqués et la marche des accidents lente. Le siège de l'occlusion est presque toujours au niveau de la valvule iléo-cæcale qui arrête le calcul. Le volume de celui-ci n'a du reste pas besoin d'être excessif, le spasme de l'intestin venant se surajouter à l'obstacle. Néanmoins ses dimensions peuvent atteindre jusqu'à 10 centimètres de circonférence, comme dans le cas de Barker, et suffisent à expliquer l'arrêt complet des matières.

L'invagination mérite une attention toute particulière comme étant avec la rétention stercorale, l'une des causes les plus communes de l'obstruction.

Leichtenstern, dans la statistique la plus complète qui ait jamais été faite sur la fréquence relative des divers points d'obstruction intestinale, trouve sur 1152 cas

d'obstruction de toute espèce 442 fois l'invagination, soit environ 30 pour 100. Même cette proportion serait encore beaucoup plus élevée d'après Brinton, Rafinesque et Hirschprung, si l'on comprenait les cas d'occlusion chez les nouveau-nés. C'est, en effet, pendant les premiers mois de la vie que s'observe le maximum de fréquence, de quatre à six mois. La fréquence diminue ensuite rapidement jusqu'à six ans, quoique restant très considérable ; au delà de six à quarante ans cette fréquence reste stationnaire.

L'influence de la race et du sexe ne paraissent pas suffisamment déterminées. Cependant, Leichtenstern sur 442 cas, trouve 285 hommes, 157 femmes.

Les causes efficientes et l'invagination sont importantes, car on pourra les reconnaître dans un cas d'obstruction.

Nous ne les envisagerons pas chez les enfants qui sont exceptionnellement atteints de cancer de l'intestin et chez lesquels, elle se produit le plus souvent grâce à l'entérocélite chronique. Cependant, il est bon de savoir que, chez l'adulte, elle peut reconnaître un mécanisme analogue, par suite de l'abus des purgatifs, par exemple. Mais les véritables causes chez l'adulte sont : l'existence de polypes qui sollicitent les tuniques intestinales au prolapsus, l'abus des aliments lourds et indigestes, la constipation invétérée.

L'influence du froid mérite entre toutes d'être notée ; souvent l'invagination se manifeste après l'ingestion de liquides glacés ou même après la simple exposition au froid humide, et, en outre, dans ces cas, le début est généralement brusque.

Au point de vue de son siège, l'invagination occupe

presque exclusivement la fin de l'intestin grêle et le gros intestin. L'invagination iléo-colique est de beaucoup la plus fréquente. Aussi Leichtenstern compare-t-il l'orifice iléo-cæcal à l'an us et les invaginations de cette région aux prolapsus du rectum. Telles sont les données les plus importantes de l'étiologie et de la statistique. Voyons maintenant si les accidents dus à l'invagination au moment de l'obstruction présentent une forme spéciale.

La douleur est assez caractéristique : Brusque dans son apparition et graduellement croissante pendant quelques heures elle passe par une phase inverse, ou bien se manifeste d'une façon discontinue, avec alternatives d'accalmies et de paroxysmes. Le ballonnement est précoce et ne tarde pas à rendre la palpation impossible : si l'on arrive à temps, on pourra constater la présence du boudin d'invagination que nous avons décrit plus haut (page 66). Les vomissements sont très rarement fécaloïdes ; la constipation non absolue, mais le véritable signe, pathognomonique s'il en est, consiste dans l'existence d'un ténésme très douloureux qui aboutit de temps en temps à l'élimination d'un lambeau souvent assez considérable d'intestin sphacélé. En effet, l'éclosion d'accidents aigus au cours de l'invagination, processus essentiellement chronique, tient à l'inflammation des tuniques invaginées et à leur épaissement rapide qui détermine l'oblitération complète au point déjà rétréci, le sphacèle, l'élimination des tuniques invaginées, etc.

Ce signe a d'autant plus de valeur qu'il fait rarement défaut, surtout si le malade ne meurt pas prématurément par perforation et péritonite consécutive.

Ici encore, le toucher rectal peut fournir un élément de

premier ordre pour le diagnostic en permettant de percevoir l'extrémité inférieure de boudin invaginé.

La terminaison heureuse de l'invagination n'intéressant pas notre sujet ne nous arrêtera pas ici. Nous ferons remarquer seulement que lorsque l'invagination guérit par élimination du boudin invaginé, il est à craindre que la cicatrice circulaire résultant de cette élimination, par sa rétractilité, ne devienne ultérieurement l'agent provocateur de nouveaux accidents d'occlusion. Si dans un cas donné l'on avait des doutes, en raison des anamnestiques, sur un rétrécissement de cette nature, l'on trouverait un signe excellent pour corroborer le diagnostic probable dans les variations de l'appétit du malade, celui-ci prenant après l'élimination du boudin invaginé, et pour des raisons très naturelles, les proportions d'une véritable boulimie.

L'étranglement herniaire, en matière d'occlusion, a une importance capitale ; c'est peut-être même le premier devoir qui s'impose au clinicien en présence d'un malade atteint des accidents de l'occlusion de passer successivement en revue toutes les régions où peuvent se former des hernies.

En général, le diagnostic d'étranglement herniaire se base sur la constatation simultanée de la tumeur herniaire et des accidents d'occlusion ; mais dans certains cas l'élément principal qui fixe le clinicien, la tumeur herniaire peut n'être pas apparente et les symptômes d'occlusion attirer seuls l'attention.

Il faudra donc se préoccuper normalement des variétés de hernies les plus communes, mais encore de certaines formes d'entre elles, aujourd'hui bien connues, telles que la hernie inguinale interstitielle dont l'entité clinique

fut bien établie pour la première fois dans un mémoire de Goyrand, d'Aix, de 1834. Bien que rare (Tillaux), cette hernie mérite, d'être signalée dans ses traits les plus saillants ; liée intimement à l'ectopie testiculaire, qui entraîne pour conséquence l'absence ou l'étroitesse extrême de l'anneau inguinal externe (anneau du grand oblique de l'abdomen, orifice inférieur du canal inguinal), cette hernie se développe, au-dessus de l'arcade crurale dans l'épaisseur de la paroi abdominale, derrière l'aponévrose du grand oblique. Elle est donc obligée de s'aplatir et, pour cette raison, ne forme à l'extérieur qu'un relief peu considérable, surtout s'il existe sous la peau une épaisse couche de graisse qui vienne la dissimuler encore davantage. Cependant, circonstance heureuse pour éclairer le diagnostic, le volume de la hernie s'accroît sensiblement après le début des accidents (Tillaux), soit que le contenu de la hernie s'engoue, soit qu'un sac herniaire préexistant se dilate subitement et se remplisse brusquement de viscères échappés de la cavité abdominale sous l'influence d'une contraction brusque des muscles de la paroi (théorie de Tillaux).

Quoi qu'il en soit, la hernie inguinale interstitielle pourra être reconnue également par la douleur que provoque une pression légère exercée au-dessus de l'arcade crurale et la perception simultanée d'une crépitation gazeuse ; mais c'est surtout l'ectopie testiculaire qui devra tenir en éveil contre ce genre particulier de hernie. On songera de même à d'autres variétés de hernie qu'on pourrait également, en raison de leur rareté, omettre de rechercher. Ce sont les hernies lombaire, diaphragmatique et obturatrice.

L'étranglement herniaire ne donne pas d'autres signes que ceux de l'occlusion intestinale, et, pour le reconnaître entre toutes les causes multiples qui peuvent la provoquer, il faudra, si le précédent examen a été négatif, s'efforcer d'arracher au patient quelques détails sur les circonstances qui ont précédé l'apparition des accidents ; efforts, traumatismes : symptômes subjectifs variés tels que douleurs, tiraillements, pesanteur à l'hypogastre ou dans les flancs, etc.

Si ces derniers moyens font encore défaut, il faudra savoir s'en remettre de bonne heure à l'intervention chirurgicale qui a le double avantage de pouvoir reconnaître et de pouvoir traiter du même coup l'agent de l'occlusion.

L'étranglement par brides est avec le précédent un de ceux qui ont le plus de chance de présenter une période prémonitoire. Il est en effet produit par le reliquat d'une poussée de péritonite antérieure qui n'aura pas manqué de laisser certains souvenirs ; mais au point de vue symptomatologique, il ne diffère pas des étranglements par diverticules, anneaux accidentels, hernies internes, nœuds volvulus, iléus, etc., qui prendront place un peu plus loin dans cette étude.

L'occlusion par rétrécissements cicatriciels paraîtra une hypothèse très plausible si l'on peut retrouver dans les antécédents du malade une affection ulcéreuse de l'intestin notamment fièvre typhoïde ou dysenterie. Il faudra songer aussi à l'entérite tuberculeuse qui, lorsqu'elle est primitive est parfaitement susceptible de guérison, tout en pouvant laisser à sa suite un tissu cicatriciel rétractile. Cependant, s'il a existé une entérite tuberculeuse

avérée, la tuberculose iléo-cæcale à forme néoplasique devra partager les chances avec le rétrécissement cicatriciel d'origine tuberculeuse qui paraît, somme toute, assez rare.

Si l'on avait quelque raison de soupçonner un *rétrécissement syphilitique*, lequel est fort rare sur le trajet de l'intestin, on pourrait tenter de l'iodure de potassium.

Occlusion par compression de l'intestin. — Les tumeurs de l'abdomen capables de comprimer l'intestin sont excessivement nombreuses, mais au contraire, l'occlusion assez rare par ce mécanisme; parce que l'intestin, en raison de sa grande mobilité, échappe facilement à la compression exercée par une tumeur même volumineuse se développant dans la cavité abdominale. La grosseesse en est un exemple frappant.

Cela n'est plus vrai s'il s'agit d'une tumeur développée dans le petit bassin où les organes sont bien moins au large et enserrés dans une enceinte inextensible. Ainsi, la rétroversion de l'utérus, sa rétroflexion, les tumeurs des annexes prolabées dans le petit bassin, les abcès du psoas, de la fosse ischio-rectale, les tumeurs de la vessie, voire même les pessaires seront tout d'abord recherchés, si l'on soupçonne une compression de l'intestin. Il faudra ensuite songer aux tumeurs du foie, du pancréas et des reins, au rein flottant, etc., et c'est, sans contredit, dans ces cas que les anamnétiques fourniront les renseignements les plus complets.

Les déplacements de la tumeur qui produit la compression rendent compte de l'irrégularité d'allure de ce mode d'occlusion qui est pour ainsi dire intermittent, se reproduit ou s'exagère à des périodes plus ou moins espacées.

Aussi s'agit-il à peu près toujours en pareille matière d'occlusion chronique lente à s'établir, attirant ainsi peu à peu l'attention du médecin qui a le temps de formuler le diagnostic. Cependant, l'occlusion peut être aiguë si la compression s'effectue brusquement pour une cause quelconque, comme cela se produit par exemple dans la rétroversion subite de l'utérus. On voit donc, de par ce fait, et en tenant compte que l'agent de compression est particulièrement dangereux dans le petit bassin, combien seront précieuses dans l'espèce les données du toucher rectal. Celles-ci, combinées aux renseignements que pourra fournir le malade sur les troubles fonctionnels qu'il a antérieurement éprouvés, sur leur mode d'apparition, permettront d'acquérir un haut degré de certitude.

Enfin, les causes d'erreur contre lesquelles il semble qu'on ait encore à se mettre en garde sont peu importantes, il suffira de les énumérer. Ce sont les coliques aiguës de l'helminthiase, de la lithiase biliaire et urinaire, la colique de plomb, le météorisme à début parfois subit qu'on observe chez les hystériques.

L'occlusion par néoplasme de l'intestin est l'hypothèse qu'on agitera en dernier lieu et comme pour lui consacrer toute son attention. Nous admettons, dans cette catégorie de faits, qu'il y a eu des troubles prémonitoires, et c'est là sans contredit l'habitude des sténoses intestinales d'origine néoplasique qui donnent lieu pendant un temps plus ou moins long à des troubles d'occlusion chronique. Il s'agira donc de démêler dans les anamnestiques la part des troubles fonctionnels et celle des modifications de l'état général du malade. On insistera particulièrement sur les alternatives de diarrhée et de constipation, la

façon dont le malade a pu supporter certains écarts de régime, la présence du sang dans les selles, la marche de l'amaigrissement, la perte de l'appétit, etc. Mais, c'est dans les cas de doute, les plus fréquents peut-être, qu'il faudra se rappeler les conditions prédisposantes du cancer, les facteurs étiologiques, rechercher l'arthritisme sous toutes ses formes, dont la goutte et le diabète sont à ce point de vue de beaucoup les plus importantes, l'âge et par-dessus tout l'hérédité.

L'examen direct du malade devra être minutieux et ne se départir jamais d'une grande ténacité à rechercher les signes les plus évidents qui peuvent se présenter d'un moment à l'autre, tels que melœna, élimination de fragments de tumeur ; ces faits comportant l'obligation absolue pour le médecin de pratiquer l'examen des matières fécales, si l'occlusion n'est pas tout à fait complète ou seulement à son début.

La marche des accidents présente ici un détail très intéressant, pathognomonique, c'est parfois leur rémission brusque à un moment où on désespère du malade, grâce à l'ulcération de la tumeur, qui, déjà plus ou moins ramollie, finit par céder à la poussée. En dehors de cette circonstance de bonne fortune, il faut s'attendre, malgré tout, à rester dans l'incertitude, et c'est en somme encore une fois à la laparotomie exploratrice qu'il faut avoir recours, et le plus tôt possible, si l'on veut faire bénéficier le malade d'une intervention curative en cas de possibilité de celle-ci. La mort étant à peu près certaine si l'on n'intervient pas, l'intervention peu grave en elle-même en l'état actuel de la chirurgie et courant de grandes chances de procurer une survie au malade, il ne

saurait, en dépit des préjugés, subsister à l'heure actuelle la moindre hésitation.

DEUXIÈME GROUPE

L'occlusion apparaît inopinément, en pleine santé apparente.

Ces cas sont de véritables charades cliniques. Leur solution revient à établir s'il existe une modalité d'occlusion spéciale au cancer de l'intestin. Or, malheureusement nous sommes loin de rien savoir de précis à cet égard, et même nous ne saisissons pas la raison pour laquelle l'occlusion due au cancer de l'intestin se présenterait avec une physionomie particulière puisqu'en somme le cancer agit ici comme un obstacle mécanique vulgaire, un simple corps étranger, obturant la lumière de l'intestin.

En pratique, le problème se réduit, en présence d'un malade, à passer en revue les principales causes d'occlusion et à se demander si par hasard il n'existerait pas une raison d'admettre l'une plutôt que l'autre, et, du fait de cette incertitude, le calcul des probabilités prend une importance prépondérante ; c'est-à-dire que, s'il faut à toute force porter un diagnostic, il sera bon de le faire d'après les données de la statistique sur la fréquence relative des diverses causes d'occlusion et de limiter son diagnostic aux agents d'occlusion reconnus les plus fréquents.

En outre, dans cette recherche, il sera pratique d'adopter un ordre, et, à l'inverse du groupe précédent, il paraît logique de songer tout d'abord aux agents d'oc-

clusion qui en raison de la rapidité de leur installation ne sauraient comporter de période prémonitoire, tels que volvulus, coudure brusque de l'intestin, anneaux accidentels, hernies internes, etc.

Cependant comme ces agents d'occlusion interviennent assez rarement si on les compare à ceux que nous avons déjà étudiés, il faudra bien se garder, malgré l'absence de troubles prémonitoires, de ne pas faire une place à ces derniers dans le diagnostic, car eux aussi peuvent ne révéler leur existence que par des accidents prenant d'emblée une excessive gravité.

Le diagnostic présente donc ici le maximum de difficulté : il s'agit, en effet, ni plus ni moins que de distinguer entre les innombrables causes d'occlusion celle qui doit être incriminée dans la circonstance. Cela est-il possible, *a priori*? Certainement non, la plupart des données manquent. Cependant, parfois si des données manquent pour résoudre le problème, c'est bien un peu parce qu'on n'a pas su les réunir. Si le malade ne peut répondre, l'on devra toujours s'adresser à l'entourage et l'interroger avec insistance sur le mode de début, les prodromes les plus immédiats de l'occlusion et notamment sur le caractère primitif de la douleur; car c'est souvent d'un détail en apparence infime que jaillit un trait de lumière inattendu.

Sous cette réserve, le diagnostic reste abandonné à la chirurgie qui, par la voie aujourd'hui à peu près innocente de la laparotomie exploratrice, viendra tout à la fois mettre à jour le corps du délit et faire un dernier effort pour sauver le malade, si les circonstances et la nature de l'agent pathogène le lui permettent.

Quoi qu'il en soit, déjà nous avons rappelé les caractères

des différents agents dont le propre est de ne pas aboutir d'emblée à l'occlusion, mais de la faire prévoir en quelque sorte par une série de troubles variables qui viennent éclairer le diagnostic quand l'occlusion éclate.

Il nous reste maintenant pour terminer cette étude à passer en revue, d'après son mécanisme, les principales modalités de l'occlusion brusque survenant soudainement, comme l'ensemble des conditions qui la produisent.

L'occlusion peut survenir inopinément chez certains sujets très vigoureux par un mécanisme très banal, mais auquel il faut au moins penser ; c'est par l'*ingestion d'une quantité exagérée d'aliments solides*, non susceptibles de digestion : il s'agit le plus souvent de noyaux de cerise, de pépins de raisin ou de melon, etc., qui s'accumulent au niveau des coudures, en des points naturellement rétrécis de l'intestin, notamment au-dessus de la valvule iléo-cæcale ou dans le cæcum, en y formant un bouchon. Verneuil (*Bull. Soc. chirurgie*, 27 avr. 1877) a dû pratiquer l'entérotomie sur une dame qui avait absorbé une grande quantité de figues sèches.

La possibilité de pareilles éventualités mérite donc toute l'attention du médecin. En général, il suffira dans ce cas de questionner le malade pour être de suite renseigné sur la nature de l'obstacle, qu'il faudra moins perdre de vue que jamais à l'époque des cerises ou de la vendange.

Le *volvulus*, accident de l'âge adulte et de la vieillesse, est rare (proportion de 2,10 pour 100 cas d'occlusion, d'après Leichtenstern). Il siège souvent sur l'S iliaque. On lui attribue une foule de caractères en réalité insignifiants, douleur vive précoce, continue ou intermittente,

exagérée ou provoquée par la pression dans la fosse iliaque gauche, vomissements tardifs, constipation absolue, etc., autant de signes d'une banalité bien évidente en matière d'occlusion. En réalité, le diagnostic ne repose sur aucun signe net et précis (Peyrot), et c'est un tort que de le formuler en clinique, comme le montrent fort bien les deux observations suivantes qui rendront bien compte également des difficultés inouïes que l'on éprouve parfois à formuler le diagnostic; qu'enfin, seule, l'intervention chirurgicale peut lever les doutes en permettant de toucher du doigt la lésion.

OBSERVATION VIII

Epithélioma de l'S iliaque pris pour un volvulus
(thèse de Robert, Paris, 1880.)

Charpentier, âgé de quarante-huit ans, entre le 29 octobre 1879, salle Saint-Charles, à la Charité. Son histoire se résume à ceci : Pas de maladies antérieures. Depuis quinze jours, diminution de l'appétit, constipation opiniâtre, selles constituées par des matières très dures de la grosseur d'une noisette. Depuis six jours douleurs dans le ventre et vomissements. Intestin grêle peu distendu, mais côlon faisant une saillie très nette sous la paroi. Par le toucher rectal, on ne constate aucune tumeur, on trouve seulement des matières fécales durcies.

Vomissements verdâtres; pas de cachexie, pas de troubles de la miction. M. Hallopeau, qui suppléait M. Hardy, diagnostique une occlusion intestinale, mais il hésite sur sa nature; cependant, vu l'absence de toute indisposition antérieure et la rapidité des accidents, il croit pouvoir se prononcer pour un volvulus.

Le 31, le malade expulse trois gaz (*sic*), sans en avoir expulsé jusque-là un seul. L'état général devient de plus en plus grave.

On se prononce pour l'intervention chirurgicale qui fut faite par M. Berger, en présence de G. Gosselin.

A l'ouverture de la cavité abdominale, M. Berger constate une tumeur siégeant sur l'S iliaque, à laquelle il rapporte l'occlusion. Suture des parois sans ablation. Le malade meurt des suites de l'opération.

L'autopsie, suivie de l'examen microscopique, montre qu'il y a en effet une tumeur et que cette tumeur est un épithéliome du type cylindrique.

OBSERVATION IX

(Barié et Ducastel, *Bulletins de la Soc. anat.*, novembre, 1879.)

Saint-Ouen Louis, plombier, âgé de soixante-dix ans, entre le 20 novembre 1879 à l'hôpital Necker dans le service de clinique de M. le professeur Potain.

Pas de maladies antérieures.

Depuis vingt-cinq jours, absence complète de selles; pas de gaz rendus par l'anus. Le malade a été obligé de quitter son travail à cause du ballonnement croissant de l'abdomen. Avant l'entrée, du reste, des purgatifs drastiques avaient été administrés sans aucun résultat, déjà aussi avant l'entrée, le malade avait eu des vomissements à odeur fécale.

Cependant, on note à l'entrée un état général excellent; pas la moindre apparence cachectique ou souffreteuse, malgré un ventre très ballonné et donnant à la percussion une sonorité tympanique généralisée. L'abdomen est légèrement aplati dans le flanc droit, tandis que le côté gauche, les régions médianes sus et sous-ombilicales font une saillie assez notable. Les anses intestinales ne sont pas dessinées en relief sur la paroi abdominale, mais fréquemment on aperçoit des borborygnes sonores.

Coliques fréquentes.

Fonction urinaire normale. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Léger degré d'emphysème et d'athérome artériel sénile.

Température axillaire = 37°2. Pouls = 72 par minute.

En présence de ces faits, on diagnostique l'obstruction intestinale, mais on reste hésitant sur sa nature qu'on s'efforce de déterminer par élimination.

On élimine successivement :

1° L'étranglement herniaire (aucun signe de hernie).

2° L'obstruction stercorale, à cause de l'usage préalable des drastiques sans résultat.

3° Toute tumeur de l'abdomen, à cause des signes négatifs donnés par l'exploration la plus minutieuse (?).

4° Le cancer abdominal, pour la même raison et à cause de l'état général excellent qui semblait contredire la possibilité de l'existence d'un cancer, ou tout au moins ne le faire admettre qu'avec la plus extrême réserve.

5° L'obstruction par invagination, à cause de l'absence de la tumeur dite « boudin d'invagination », pas de débâcles, jamais élimination de débris d'intestin sphacélé.

Restait alors le volvulus ou étranglement par torsion de l'intestin qui partagea en définitive les hésitations du diagnostic avec le cancer de l'intestin.

La laparotomie seule put résoudre la question. Pratiquée dans un but curatif par M. le professeur Guyon, elle permit de reconnaître à l'union de l'S iliaque et du rectum une plaque indurée entourant complètement l'intestin à la manière d'une collerette point du tout saillante à l'extérieur, mais au contraire faisant saillie dans la lumière du gros intestin, au point d'y admettre à peine la pulpe de l'index.

L'examen histologique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques.

Nous dirons pour les étranglements par brides, diverticules, anneaux accidentels, hernies internes, etc., ce que nous avons dit pour le volvulus ; c'est-à-dire qu'il est inutile d'essayer de préciser le diagnostic à ce point. En

pratique, bien force est de s'en tenir à reconnaître la constitution brusque de l'occlusion et de conclure à la possibilité de l'un quelconque de ces nombreux mécanismes, sans avoir toutefois la prétention de le nommer et spécifier, par exemple, qu'il s'agit plutôt d'un volvulus que d'un étranglement par enroulement autour de l'intestin du diverticule de Meckel qu'on trouve une fois sur cinquante nécropsies !

L'occlusion brusque due à la constitution instantanée d'un obstacle mécanique de ce genre se reconnaît à deux grands traits, l'absence de troubles prémonitoires, l'acuité excessive des symptômes : la douleur est continue sous forme de coliques atroces et contraste avec le peu de sensibilité à la pression. Les vomissements sont promptement fécaloïdes, le collapsus rapidement fatal, l'anurie à peu près absolue.

La *paralysie pure de l'intestin*, c'est-à-dire celle qui n'est liée à aucune altération de sa paroi, nous paraît presque impossible à admettre. Il s'agirait sans doute d'un phénomène d'imbibition réflexe issu d'une lésion plus ou moins éloignée et circonscrite. L'histoire de cette paralysie réflexe est en effet intimement liée à celle des pseudo-étranglements, ou étranglements survenant sans lésion anatomique décelée par l'autopsie. On les rencontre très rarement dans certaines péritonites se traduisant cliniquement par des phénomènes d'occlusion intestinale, ou bien encore dans certains cas d'entérite aiguë localisée (typhlite, colite, etc.). Bref, la lumière sur ce point est loin d'être faite. Il s'agit là de cas très obscurs que nous rangeons principalement pour cette raison dans notre second groupe.

Nous signalerons également pour mémoire le spasme pur de l'intestin, que nous admettrons avec la même réserve.

Quant au cancer de l'intestin, lorsqu'il détermine l'occlusion sans phase prémonitoire comme c'est le cas ici, par hypothèse, est-il possible de le diagnostiquer? Logiquement non, car, en l'absence de troubles prémonitoires qui puissent faire préjuger de la nature de l'occlusion, sur quoi baser un diagnostic? Cependant, ici, il semble que l'âge, les conditions de voisinage, l'hérédité surtout, ces facteurs étiologiques du cancer que nous avons étudiés au début de ce travail, prennent une importance prépondérante, faute de mieux. C'est ainsi qu'un sujet d'âge mûr dont les antécédents héréditaires ou collatéraux sont très chargés d'arthritiques et de cancéreux, pris à un moment donné d'accidents d'occlusion brusques, après avoir joui habituellement d'une excellente santé, devra toujours être soupçonné porteur d'un cancer de l'intestin.

Nous avons ainsi parcouru, bien qu'à grands pas, la graduation qu'éprouve la difficulté du diagnostic au fur et à mesure que ses éléments s'égrènent de plus en plus, et, bien rares nous avons trouvé les circonstances où l'esprit se meuve avec aisance et acquière une certitude absolue.

CONCLUSIONS

I. Le cancer de l'intestin est le cancer latent par excellence, la symptomatologie en est très pauvre dans la grande majorité des cas, et, il faut qu'il puisse parcourir les dernières phases de son évolution, atteindre à sa période terminale, pour que le diagnostic soit rendu facile.

II. Le cancer de l'intestin, malheureusement, en arrive rarement là et détermine le plus souvent, d'une manière prématurée des accidents d'occlusion intestinale dont la nature est bien difficile à reconnaître sans le secours de la laparotomie exploratrice, s'ils n'ont pas été précédés d'une période prémonitoire où les anamnestiques peuvent réunir les éléments d'un diagnostic rétrospectif. Parfois, en effet, l'occlusion est le premier symptôme en date du cancer jusque-là passé inaperçu du malade lui-même.

III. Il résulte de ces faits que souvent le cancer de l'intestin n'est pas reconnu, que les procédés d'investigation clinique les plus complets ne permettent pas toujours de le distinguer d'un grand nombre d'affections, en réalité très diverses, malgré l'identité apparente de leurs symptômes. Aussi, ne saurait-on se tenir trop bien en garde contre l'erreur, et, quelle que soit la complexité d'un cas clinique donné, c'est en examinant minutieusement le malade, l'observant avec persévérance jour par jour, c'est en s'efforçant pour chaque signe observé de pénétrer sa cause et de faire ainsi un diagnostic étiologique partiel à propos de chaque symptôme, c'est en corroborant les unes par les autres toutes les données ainsi obtenues, qu'on mettra de son côté toutes les chances d'aboutir avec la plus grande part de probabilités au diagnostic du cancer de l'intestin.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

1857. Besnier (E). — Etude sur le diagnostic et le traitement de l'occlusion. Th. de Paris.
1860. Du même. — Des étranglements internes, Paris.
1862. J. Rouyer. — Mémoire sur les tumeurs stercorales. Gaz. hebdomadaire, Paris 1862, p. 660.
1873. Leichtenstern. — De l'intussusception. Pragerviierteljahrschr. der prakt. Heilk.
1874. Du même. — Rétrécissement, occlusion, vice de positions de l'intestin. Ziemssen Handb., t. VII.
1876. Béhier. — Leçon sur le cancer de l'intestin. Gaz. des Hôpitaux, nos 8 et 60.
1877. Pouzet. — Du rétrécissement fibreux de l'intestin grêle. Th. de Paris.
1878. Rafinesque. — Etude sur les invaginations intestinales chroniques. Th. de Paris.
- Bulteau. — De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement. Th. de Paris.
1879. leur (A.). Etude clinique du cancer de l'intestin. Th. de Paris.

1879. Stephen Mackenzie. — Du rétrécissement annulaire carcinomateux de l'intestin, Diagnostic et traitement. *British medical jour.*, 31 mai.
- Barie et Ducastel. — Diagnostic différentiel entre le cancer de l'intestin et le volvulus. *Soc., Anat.* novembre.
- *British med. journ.*, 27 septembre. — Rétrécissement organique de l'angle de flexion hépatique du côlon.
1880. Sarazin (G.). — Sur le cancer du cæcum. *Th. de Paris.*
- Robert (J.-M.). — Du cancer de l'S iliaque. *Th. de Paris.*
- Giamboni (E.). — Du cancer de l'S iliaque. *Th. de Paris.*
- Peyrot (J.-J.). — *Th. d'agrégation.*
1881. Renson. — Rétrécissements cicatriciels de l'intestin grêle. *Th. de Paris.*
- Cayla. — Cancer du duodénum. *Soc. anat.*, 12 mars.
1882. Haussmann. — Cancer de l'intestin. (Étiologie et anatomie patholog.). *Th. de Paris.*
- Petit. — Valeur clinique des symptômes fournis par les ulcérations intestinales.
1883. Mogol. — Du cancer de l'intestin, in-8°, Vienne.
- Journet. — Sur la fréquence du cancer de la terminaison de l'intestin grêle. *Th. de Paris.*
1884. Ménétrier. — Tumeurs polypiformes de l'intestin grêle. *Soc. anat.*, 21 mars.
- Harley (J.). — Rétention fécale en particulier dans le cæcum (Saint-Thomas Hosp. XI, p. 129).
- Trêves (F.). — De l'obstruction intestinale. Londres.
- Thibierge (G.). Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale. *Th. de Paris.*
1885. Foxwell. — Un cas de cancer du cæcum. *Med. Times*, 22 août.
1886. Bartemew. — Diagnostic des tumeurs malignes intrapérit. *Ruskaia med.*, n° 31.
- John Ashurst. — Obstruction intestinale. *Encyclopédie int. de chirurgie.* Paris, t. VI, p. 571.
1887. Alexandre. — De la leucocythose dans les cancers. *Th. de Paris.*

1887. Lubärsch. — Du cancer primitif de l'iléon, simultanée du cancer et de la tuberculose. *Archiv. f. path. Anat.* CXI, 2, p. 280.
- Reclus. — De l'S iliaque. *Sem. méd.*, 18 mai.
1888. Troisier. — Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal. (*Soc. médic. des hôp.*, 13 janvier). (*Soc. médic. des hôp.*, 14 décembre), etc.
- Charters, J. Symonds. — Affections du cæcum de diagnostic difficile. *Lancet*, 8 février.
- Fitz (R.). — Diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë. *Boston med. and surgery. journal*.
1889. Tison. — Cancer du cæcum. *Bull. Soc. anat.*, 29 novembre.
- Darier et Bourget. — Cancer le l'S iliaque. *Ibid.* p. 409.
- Foxwell. — Fibromyxome du duod. *Lancet*, 22 juin.
- Potain. — De la constipation. *Sem. méd.*, 4 août.
- Rebulet. — Le cancer dans une commune de Normandie. *Normandie médic.* 1^{er} janvier, 15 avril, etc.
- Michaux. — De la contagion du cancer. *Sem. méd.* 18 juillet.
- Reclus. — Cancer de l'S iliaque. *Sem. méd.* 18 mai.
- E. Von Wahl. — Diagnostic de l'occlusion intestinale par étranglement ou torsion. *Centralblatt. f. Chirur.*, n° 9.
1890. Busson. — Du cancer de l'ampoule de Vater. *Th. de Paris*.
- Courtade. — De la constipation latente. *Sem. méd.*, 1^{er} février.
- Ranson. — Cancer primitif de l'iléon, 15 novembre.
- Carpenter. — Plaidoyer en faveur de la laparotomie précoce dans l'occlusion intestinale. *Journ. of the Améric. med. Assoc.*, 30 août.
1891. Hartmann et Pilliet. — Sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant le cancer. *Bull. Soc. anat.*, 31 juillet.
- Cestreich. — Cancer du duodénum, au niveau de l'ampoule de Vater. (*Berl. kl. Woch.*, 31 septembre).
1892. Ducastel. — Cancer de l'iléon. (*Arch. gén. de médecine*).

1892. Estor. — Tuberculose du cæcum simulant le cancer. Nouveau Montpell. méd. suppl. p. 517.
- Fabre (H.) — De la contagion du cancer. Th. de Lyon.
- Fiessinger. — Note sur une épidémie cancéreuse. Gaz. med. 5 mars.
- Verneuil. — Coexistence de la rétention stercorale avec les lésions des reins et des grands viscères. Bull. Soc., 23 mars 1892.
- Rolleston. Sarcome du duod. Lond. path. Soc., 5 janvier.
- Lavocat. — Etude clinique des tumeurs malignes du grand épiploon. Th. de Paris.
1893. Bacque. — Du cancer de l'intestin. Th. de Paris.
- Lafforgue. — Des tumeurs primitives de l'app. vermiculaire. Th. de Lyon.
1894. Crespin. — De l'évolution lente du cancer du gros intestin et de son traitement. Th. de Paris.
1895. Brault (J.). — Sarcome primitif de l'intestin grêle. Sem. méd.; 17 juillet.

Classiques consultés :

1895. Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.
- Charcot, Bouchard. — Traité de médecine.

TABLE

INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : <i>Monographie sommaire du cancer de l'intestin</i>	
Etiologie	11
Statistique et anatomie pathologique	14
Symptômes généraux du cancer et symptomatologie propre au cancer de l'intestin	21
Ses différentes modalités suivant le siège	36
Revue sommaire des symptômes de l'occlusion intestinale	44
Marche et traitement	48
DEUXIÈME PARTIE : <i>Diagnostic</i>	
<i>Première catégorie de faits cliniques</i> (Cancer à marche non interrompue par des accidents d'occlusion)	54
Premier cas : La plupart des symptômes sont réunis (tumeurs, troubles fonctionnels, cachexie).	55
Diagnostic avec les corps étrangers de l'intestin.	55
Diagnostic avec les tumeurs non cancéreuses de la paroi.	65

Diagnostic avec les tumeurs des organes voisins	74
Deuxième et troisième cas : Pas de tumeur (mais troubles fonctionnels et cachexie). . . .	79
Diagnostic avec les affections hémorragiques de l'intestin	80
Diagnostic avec les affections non hémorragi- ques de l'intestin.	83
Deuxième catégorie de faits cliniques (accidents d'oc- clusion : il s'agit de déterminer la cause). . .	84
Premier groupe (il y a eu des troubles prémo- nitoires)	86
Deuxième groupe (il n'y a pas eu de troubles pré- monitoires)	97
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	107

